

Российское кардиологическое общество
Государственный научно-исследовательский центр
профилактической медицины

КАРДИОВАСКУЛЯРНАЯ ТЕРАПИЯ И ПРОФИЛАКТИКА

X ЮБИЛЕЙНАЯ МЕЖДУНАРОДНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ
ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ КАРДИОЛОГИЯ 2017

15-16 ИЮНЯ 2017
МОСКВА



Национальное Общество
Профилактической кардиологии

15-16 JUNE 2017
MOSCOW

10th ANNIVERSARY
ЮБИЛЕЙ 10 ЛЕТ

X ANNIVERSARY INTERNATIONAL CONFERENCE
PREVENTIVE CARDIOLOGY 2017



РОССИЙСКОЕ
КАРДИОЛОГИЧЕСКОЕ
ОБЩЕСТВО

Официальный сайт журнала

www.rosocardio.ru

Специальный выпуск,
2017; 16 (июнь)

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ РЕЦЕНЗИРУЕМЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ
НАЦИОНАЛЬНОЕ ОБЩЕСТВО ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ КАРДИОЛОГИИ



МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ



Департамент
здравоохранения
города Москвы

Х ЮБИЛЕЙНАЯ МЕЖДУНАРОДНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ
ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ КАРДИОЛОГИЯ 2017

15-16 ИЮНЯ 2017
МОСКВА



Национальное Общество
Профилактической кардиологии

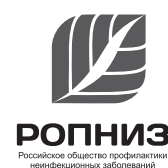
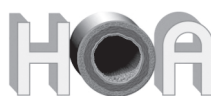
15-16 JUNE 2017
MOSCOW

10th ANNIVERSARY
ЮБИЛЕЙ 10 ЛЕТ

X ANNIVERSARY INTERNATIONAL CONFERENCE
PREVENTIVE CARDIOLOGY 2017

ПОДДЕРЖКА:
РОССИЙСКОЕ КАРДИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЩЕСТВО
НАЦИОНАЛЬНОЕ ОБЩЕСТВО ПО ИЗУЧЕНИЮ
АТЕРОСКЛЕРОЗА

РОССИЙСКОЕ НАУЧНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ
ОБЩЕСТВО ТЕРАПЕВТОВ
РОССИЙСКОЕ ОБЩЕСТВО ПРОФИЛАКТИКИ
НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ



МАТЕРИАЛЫ КОНФЕРЕНЦИИ

I. ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА.....	3
II. ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА.....	26
III. РЕАБИЛИТАЦИЯ.....	61
IV. ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ.....	66
СОДЕРЖАНИЕ.....	70
АЛФАВИТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ АВТОРОВ.....	78

I. ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА

001 ОСОБЕННОСТИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ПСИХОСОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ИХ ВЗАИМОСВЯЗИ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА У МУЖЧИН 25-64 ЛЕТ СРЕДНЕУРБАНИЗИРОВАННОГО СИБИРСКОГО ГОРОДА

Акимова Е. В.^{1,2}, Каюмова М. М.^{1,2}, Гафаров В. В.², Кузнецов В. А.¹

¹Тюменский кардиологический научный центр, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук, Томск; ²Межведомственная лаборатория эпидемиологии сердечно-сосудистых заболеваний РАН, Новосибирск-Томск-Тюмень, Россия

Цель. Установить распространенность психосоциальных факторов риска (ПСФ) сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), их взаимосвязи с ишемической болезнью сердца (ИБС) у мужчин 25-64 лет среднеурбанизированного сибирского города.

Материал и методы. Репрезентативная выборка в размере 1000 человек из избирательных списков взрослого мужского населения 25-64 лет одного из административных округов г. Тюмени, стратифицированная по возрасту, была сформирована методом “случайных чисел” (ответ 85,0%). Выделение различных форм ИБС осуществлялось на основании стандартных методов, используемых в эпидемиологических исследованиях. Выделяли “определённую” ИБС (ОИБС) и “возможную” ИБС (ВИБС). Психосоциальные факторы (ПСФ): депрессия (Д), враждебность (ВР), жизненное истощение (ЖИ) определялись по алгоритмам анкеты ВОЗ МОНИКА-психосоциальная. Для оценки личностной тревожности (ЛТ) использовалась шкала Спилбергерга, оценки стресса в семье и на работе — анкета ВОЗ-МОНИКА “Знание и отношение к своему здоровью”.

Результаты. В открытой популяции у мужчин 25-64 лет среднеурбанизированного города Западной Сибири установлена высокая распространенность психосоциальных факторов риска ССЗ: депрессии (высокий уровень — 4,6%, средний — 19,0%), жизненного истощения — 54,5%, высоких уровней личностной тревожности — 36,6%, враждебности — 46,4%, которые с возрастом увеличивались, достигая своего максимума в группе 55-64 лет. У мужчин с высокими градациями ПСФ установлено увеличение шансов развития определенной ИБС (при 95% ДИ: ЛТ — 9,51; Д — 21,07 ВР — 4,65; ЖИ — 14,11) и ИБС по расширенному эпидемиологическому критерию (при 95% ДИ: ЛТ — 4,07; Д — 39,84; ВР — 2,71; ЖИ — 6,02). Установлена высокая распространенность проявлений стресса в семье, стресса на работе, у четверти мужчин — смена рабочего места в течение последних 12-ти месяцев. В открытой популяции у мужчин 25-64 лет с наличием определенных форм ИБС и ИБС по расширенному эпидемиологическому критерию определено увеличение конфликтов в семье; снижение ответственности и нагрузки на рабочем месте.

Заключение. Полученные результаты демонстрируют необходимость использования эпидемиологических критериев психосоциальных факторов риска, выявляемых с помощью стандартизованного анкетирования, при профилактических осмотрах взрослого населения и отборе лиц трудоспособного возраста с наличием ИБС, подлежащих углубленному обследованию и диспансеризации.

002 ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕВЕНТИВНЫХ МЕР ДЛЯ РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ — МНЕНИЕ МУЖЧИН 25-64 ЛЕТ С НАЛИЧИЕМ ИЛИ ОТСУТСТВИЕМ ИБС

Акимова Е. В.^{1,2}, Каюмова М. М.^{1,2}

¹Тюменский кардиологический научный центр, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук, Томск; ²Межведомственная лаборатория эпидемиологии сердечно-сосудистых заболеваний РАН, Новосибирск-Томск-Тюмень, Россия

Цель. Изучение мнения мужчин 25-64 лет открытой популяции об эффективности профилактических мероприятий развития сердечно-сосудистых заболеваний при наличии и отсутствии ишемической болезни сердца (ИБС).

Материал и методы. В рамках кардиологического скрининга было проведено эпидемиологическое исследование с использованием стандартной анкеты МОНИКА-психосоциальная. Из избирательных списков граждан одного из административных округов г. Тюмени была сформирована репрезентативная выборка среди лиц мужского пола в количестве 1000 человек, по 200 человек в каждом из четырех десятилетий жизни (25-34, 35-44, 45-54, 55-64 лет). Отклик на кардиологический скрининг составил 85,0% — 850 участников. Выделение различных форм ИБС осуществлялось на основании стандартных методов (вопросник ВОЗ на стенокардию напряжения, ЭКГ покоя и кодирование по Миннесотскому коду), используемых в эпидемиологических исследованиях. Выделяли “определённую” ИБС (ОИБС) и “возможную” ИБС (ВИБС). Для изучения мнения об эффективности превентивных мер, для предотвращения серьезных заболеваний, использовался сплошной опросный метод путём самозаполнения анкеты.

Результаты исследования. Распространенность ИБС у мужчин 25-64 лет составила 12,4%. ОИБС была выявлена в 6,6% случаев. Распространенность ВИБС составила 5,7%. Лица с ОИБС наиболее часто (46,5%) допускали большую вероятность того, чтобы здоровый человек такого же возраста мог заболеть серьезной болезнью в течение ближайших 5-10 лет, $p < 0,05$. Ответ “возможно” достоверно чаще встречался в группе мужчин с ИБС по расширенному эпидемиологическому критерию (53,1%, $p < 0,05$) по отношению к группе сравнения. В то же время, лица с наличием ВИБС в три раза чаще (6,8%), чем лица без ИБС (2,4%) считали невероятной возможность заболеть серьезной болезнью в течение ближайших 5-10 лет, $p < 0,05$. В отношении эффективности превентивных мер для развития серьезных заболеваний существенные различия в группах с ВИБС и с ИБС по расширенному эпидемиологическому критерию в сравнении с группой “без ИБС” отмечались только в отношении ответа “да, безусловно, может”. Так, в категории лиц с наличием ВИБС ответ “да, безусловно, может” имел место в 55,9% случаев, в категории лиц с наличием ИБС по расширенному эпидемиологическому критерию — в 62,3% случаев, а в категории “без ИБС” — в 66,3% случаев, $p < 0,05$.

Заключение. Мужчин трудоспособного возраста с наличием “возможной” формы ИБС и ИБС по расширенному эпидемиологическому критерию чаще допускали возможную эффективность превентивных мер для развития сердечно-сосудистых заболеваний и реже — возможность развития серьезного заболевания у здоровых лиц.

003 СТРЕСС В СЕМЬЕ И НА РАБОЧЕМ МЕСТЕ В ОТКРЫТОЙ ПОПУЛЯЦИИ У МУЖЧИН СРЕДНЕУРБАНИЗИРОВАННОГО ГОРОДА ЗАПАДНОЙ СИБИРИ

Акимов А. М., Акимова А. А.

Тюменский кардиологический научный центр, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук, Томск, Россия

Цель. Изучение параметров стресса в семье и на рабочем месте в зависимости от возраста у мужчин 25-64 лет открытой

популяции среднеурбанизированного города Западной Сибири.

Материал и методы. Исследование проводилось на открытой городской популяции среди мужчин в возрасте 25–64 лет. Из избирательных списков граждан г. Тюмени методом “случайных чисел” была сформирована репрезентативная выборка в количестве 1000 человек, отклик составил 85,0%. Выявление параметров стресса в семье и на работе проводилось по алгоритмам программы ВОЗ “Моника-психосоциальная” (анкета “Знание и отношение к своему здоровью”). Статистический анализ проводился с помощью пакета программ SPSS 11.5 Statistics, версия 22.0.

Результаты. На вопрос: “Изменилось ли Ваше семейное положение за последние 12 месяцев?”, мужчины молодой группы 25–34 лет отвечали (одно изменение) существенно чаще в сравнении с возрастными категориями мужчин 45–54 лет (21,0% — 7,4%, $p < 0,001$) и 55–64 лет (21,0% — 6,1%, $p < 0,001$), а также популяции в целом (21,0% — 10,7%, $p < 0,01$). В группе мужчин молодого возраста 25–34 лет ответственность на работе в течение последних 12 месяцев повысилась в сравнении с аналогичным показателем в возрастных группах 45–54 лет и 55–64 лет (56,8% — 33,8% и 56,8% — 24,4% соответственно, $p < 0,001$), а также с показателем в популяции в целом (56,8% — 41,5% $p < 0,01$). Ответственность своей работы в течение последних 12-ти месяцев мужчины 55–64 лет оценивали как высоко достоверно реже, чем лица более молодого возраста — 35–44 лет (32,7% — 49,6% $p < 0,01$) и 45–54 лет (32,7% — 51,5% $p < 0,001$), а также сравнительно с популяцией в целом (32,7% — 45,2% $p < 0,001$). Смена рабочего места среди лиц в возрасте 55–64 лет происходила значительно реже, чем в молодой группе 25–34 лет (15,9% — 34,7% $p < 0,001$).

Заключение. Наши исследования показывают, что у мужчин молодого возраста 25–34 лет чаще, чем в более старших возрастных группах, происходили изменения в семейном положении, чаще происходила смена рабочего места, повысилась ответственность на рабочем месте. Результаты, полученные при исследовании неорганизованного населения г. Тюмени, могут служить научной основой для планирования комплексных социально ориентированных профилактических программ и в других среднеурбанизированных сибирских городах — с приоритетной ориентацией на потребности групп “социального риска” — мужчин молодого возраста.

004 ОТНОШЕНИЕ К ПРОФИЛАКТИКЕ У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН ОТКРЫТОЙ ГОРОДСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СЕМЕЙНОГО СТАТУСА

Акимов А. М.^{1,2}, Каюмова М. М.^{1,2}

¹Тюменский кардиологический научный центр, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук, Томск; ²Межведомственная лаборатория эпидемиологии сердечно-сосудистых заболеваний РАН, Новосибирск-Томск-Тюмень, Россия

Цель. Изучение отношения к своему здоровью у мужчин и женщин 25–64 лет г. Тюмени в зависимости от семейного статуса.

Материал и методы. Исследование проводилось в рамках кардиологического скрининга на репрезентативной выборке открытой городской тюменской популяции среди мужчин и женщин в возрасте 25–64 лет. Из избирательных списков граждан Центрального административного округа г. Тюмени была сформирована репрезентативная выборка в количестве 2000 человек. Обследование было проведено с откликом 85,0% у мужчин и 70,5% у женщин. По семейному статусу респонденты разделялись на 2 категории — имеет/не имеет спутника жизни. Анкетирование респондентов (самозаполненные анкеты) проводилось по алгоритмам программы ВОЗ “МОНИКА-психосоциальная”.

Результаты. Преимущественно положительное отношение к профилактике заболеваний имело место как у мужчин, так

и у женщин. В то же время, если у женщин отношение к preventивным мероприятиям не зависело от семейного статуса, то семейные мужчины имели более определенное положительное отношение к профилактике заболеваний по сравнению с одиночками. Так, на вопрос о пользе профилактической проверки своего здоровья семейные и одинокие мужчины дали следующие ответы: “да, полезна”; “возможно, да”; “нет, не полезна” (соответственно, 88,7% — 80,3%, $p < 0,01$; 10,7% — 16,9%, $p < 0,05$; 0,3% — 2,1%, $p < 0,01$). Ответ на тот же вопрос среди семейных/одиноких женщин не имели статистически значимых различий. В гендерном аспекте по отношению к профилактике заболеваний у лиц, имеющих спутника жизни, не было получено статистически значимых различий. Вместе с тем, большее число мужчин, не имеющих спутника жизни, сравнительно с женщинами того же семейного статуса, не считали полезной профилактическую проверку своего здоровья (2,1% — 0,0%, $p < 0,05$).

Заключение. Таким образом, в открытой городской популяции у мужчин и женщин трудоспособного возраста установлены ассоциации параметров отношения к своему здоровью с семейным статусом. При планировании профилактических программ большое значение имеет отношение населения к своему здоровью, стремление его улучшить. Сложившаяся в тюменской популяции ситуация создает благоприятную почву для работы медико-социальных служб в г. Тюмени, которая должна акцентироваться на категориях мужчин, не имеющих спутника жизни. Полученные данные определяют научные подходы для регулирования состояния здоровья населения в рамках комплексных профилактических программ.

005 ЦЕНТРАЛЬНОЕ АОРТАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ КАК ПОКАЗАТЕЛЬ КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА У ЛИЦ С ПРЕДГИПЕРТОНИЕЙ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Антропова О. Н., Кондаков В. Д., Осипова И. В.

ФГБОУ ВПО АГМУ Минздрава России, Барнаул, Россия

Цель. Оценить показатели сосудистого ремоделирования у пациентов с предгипертонией и артериальной гипертонией с учетом уровня центрального аортального давления.

Материал и методы. Был обследован 91 пациент с предгипертонией (предАГ) и 89 пациентов с артериальной гипертонией (АГ). Проводилась оценка антропометрических показателей, уровня артериального давления, частоты сердечных сокращений, исследование липидов крови. Измерялся лодыжечно-плечевой индекс (ЛПИ), оценивалась толщина интима-медиа брахиоцефальных сосудов (ТИМ БЦС), скорость распространения пульсовой волны (СРПВ) и показатели центрального аортального давления (цАД).

Результаты. Пациенты предАГ и АГ имели сопоставимый уровень цАД ($129,0 \pm 14,6$ и $130,0 \pm 12,5$ мм.рт.ст. соответственно) и центрального пульсового давления — $30,9 \pm 9,6$ и $39,6 \pm 10,5$ мм.рт.ст. в обследованных группах.

Среди лиц с предАГ имели повышение цАД (>130 мм.рт.ст.) 66 (60%) пациентов, остальные 25 (40%) — нормальные значения. В группе АГ пациенты с повышением цАД составили 64 (72%), у 25 (28%) не выявлено его повышения. При анализе факторов риска, семейный анамнез сердечно-сосудистых заболеваний и курение не оказали значимого воздействия на уровень цАД у обследованных лиц. Дислипидемия у лиц с повышением цАД по сравнению с пациентами с нормальным цАД встречалась достоверно чаще как в группе с предАГ (44 (66,7%) по сравнению с 8 (33,3%), $p < 0,005$), так и в группе с АГ (46 (72,3%) по сравнению с 7 (27,7%), $p < 0,005$). Увеличение ТИМ БЦС выявлено достоверно чаще у лиц с повышением цАД в отличие от мужчин с нормальным цАД при предАГ (68,2% и 35,9%). Пациенты 1-ой группы с повышением цАД чаще имели признаки поражения сосудов нижних конечностей, по сравнению с пациентами с оптимальным цАД в 3,4 раза ($\chi^2=7,6$; $p < 0,005$).

Мужчины 2-ой группы с повышенным цАД имели признаки атеросклероза нижних конечностей чаще в 2,3 раза ($\chi^2=14,2$; $p=0,005$) по сравнению с лицами с оптимальным цАД. Среди лиц 1-ой группы с оптимальным и повышенным уровнем цАД, признаки доклинического поражения сосудов нижних конечностей встречались реже в 3,7 раз ($\chi^2=10,2$; $p<0,005$) и в 2,4 ($\chi^2=16,9$; $p<0,005$) раза, соответственно, по сравнению с лицами 2-ой группы. У мужчин с повышенным цАД выявлена сопоставимая частота артериальной жесткости при предАГ и АГ. Но, у пациентов оптимальным цАД СРПВ <10 м/с в 1-ой группе встречалась реже, чем у лиц 2-ой группы в 2,5 раза ($\chi^2=14,2$; $p<0,005$). Корреляционный анализ показал наличие сильной связи цАД со сниженным ЛПИ ($r=0,8$; $p<0,001$), толщиной КИМ ($r=0,7$; $p<0,001$) и умеренной с наличием дислипидемии ($r=0,4$; $p<0,01$).

Заключение. Повышение цАД у пациентов с предАГ встречается у 60% пациентов, с АГ у 72%. Для данной категории пациентов выявлено повышение частоты дислипидемии, бессимптомного атеросклероза БЦС и сосудов нижних конечностей, а так же артериальной ригидности как у мужчин с предгипертензией так и при АГ.

006 ВНЕЗАПНАЯ СЕРДЕЧНАЯ СМЕРТЬ: ПОКАЗАТЕЛИ СМЕРТНОСТИ В РЕГИОНАХ РФ В 2015 ГОДУ

Баглай Ю. С., Старинская М. А., Самородская И. В.

ФГБУ «ГНИЦ профилактической медицины» Минздрава России, Москва, Россия

Внезапная сердечная смерть не рассматривается как самостоятельное заболевание, поэтому в официальную статистическую разработку смертности населения идет шифр по МКБ-10 того заболевания, которое стало причиной наступления летального исхода. Тем не менее в Международной классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра (МКБ-10) есть код I46.1, который подразумевает «внезапную сердечную смерть, так описанную» (ВСС).

Цель. Изучить по данным Росстата смертность населения регионов РФ от ВСС (код I46.1) в 2015 г.

Материал и методы. На основе данных Росстата о численности населения и числе умерших в регионах РФ в 2015г. (по Краткой номенклатуре причин смерти Росстата) изучены показатели смертности от ВСС на 100 тыс. населения — нестандартизованные (НСПС) и стандартизованные причины смерти (СПС) на европейский стандарт возрастной структуры населения.

Результаты. В 2015г в РФ показатель НСПС от ВСС населения обоих полов составляет 1,40 на 100 тыс., СПС — 1,26 на 100 тыс. Максимальные СПС и НСПС от ВСС регистрируются в Чукотском автономном округе (19,63 на 100 тыс. и 21,85 на 100 тыс., соответственно), Рязанской (10,20 на 100 тыс. и 12,18 на 100 тыс., соответственно) области, Алтайском крае (9,95 на 100 тыс. и 8,80 на 100 тыс., соответственно), Камчатской области (8,21 на 100 тыс. и 7,29 на 100 тыс., соответственно), Республике Саха (Якутия) — 7,66 на 100 тыс. и 7,62 на 100 тыс., соответственно). Минимальные СПС и НСПС от ВСС зафиксированы в Республике Крым (0,04 и 0,05 на 100 тыс., соответственно), г. Санкт-Петербурге (0,05 на 100 тыс. и 0,06 на 100 тыс., соответственно), Красноярском крае (0,06 на 100 тыс. и 0,07 на 100 тыс., соответственно), Ростовской области (значения СПС и НСПС совпадают — 0,07 на 100 тыс.), Чувашской республике (значения СПС и НСПС совпадают — 0,08 на 100 тыс.). Примечательно, что при стандартизации показателей в рейтинге смертности значительно улучшаются позиции таких Северо-Кавказских Республик как Чеченская и Ингушетия, ухудшаются показатели Калининградской области, Ставропольского края. Ни одного случая смерти от ВСС в 2015г не выявлено в таких регионах РФ как Курганская, Ульяновская, Челябинская и Ленинградская области, г. Севастополь, Республиках Бурятия, Калмыкия, Марий Эл и Тыва. Разница между наибольшим и наименьшим СПС от ВСС достигает более 400 раз.

Заключение. Региональные показатели смертности от ВСС в РФ в 2015г. значительно варьируют. Такие различия в значительной степени с нашей точки зрения связаны с отсутствием единых критериев использования данного кода, дефектами диагностического поиска при установлении причины смерти, ошибками заполнения медицинских свидетельств о смерти (ошибками формулирования диагноза, кодирования причины смерти в соответствии с правилами МКБ-10). Следует отметить, что в ряде публикаций исследователи из стран Европы, США и Канады также отмечали, что качество официальных имеющихся данных недостаточно для того, чтобы обеспечить точную оценку частоты ВСС.

007 ОЦЕНКА ПРООКСИДАНТНОЙ И ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМ ОРГАНИЗМА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ ТРИГЛИЦЕРИДОВ КРОВИ

Барабаш Л. В., Кремено С. В., Смирнова И. Н., Тонкошкурова А. В.

ФГБУ Сибирский федеральный научно-клинический центр ФМБА, Северск, Россия

Нарушения липидного обмена, сопровождающиеся накоплением в крови атерогенных фракций, являются одними из ведущих факторов в реализации биологической реакции воспаления, способствующей развитию сердечно-сосудистой патологии.

Цель. Целью работы явилась оценка показателей оксидативной и иммунной систем организма в зависимости от уровня триглицеридов. Обследованы стажированные работники Сибирского химического комбината (г. Северск), имеющих контакт с ионизирующим излучением (191 мужчина, средний возраст 46,7 \pm 5,3 лет).

Материал и методы. Липидный статус оценивали по концентрации общего холестерина (ОХ), триглицеридов (ТГ), холестерина липопротеинов высокой плотности (ХСЛПВП). Холестерин, не связанный с ЛПВП (ХС не-ЛПВП) рассчитывали как ОХ минус ХСЛПВП. О состоянии прооксидантной системы организма судили по концентрации ТБК-активных продуктов (МДА). Определяли следующие маркеры воспаления: высокочувствительный С-реактивный белок (СРБ) и интерлейкины (ИЛ — 1 β , ИЛ — 4, ИЛ — 6, ФНО α). Данные обработаны с помощью непараметрических методов статистики. Корреляционный анализ проводили с расчетом коэффициента Спирмена. Критический уровень значимости принимали равным 0,05. Данные представлены как среднее \pm среднее квадратичное отклонение ($M \pm \sigma$).

Результаты. В результате исследования было обнаружено повышение уровня ТГ более 1,7 ммоль/л у 37% (77 чел.). В данной группе (группа 1) средняя концентрация ТГ (2,81 \pm 1,21 ммоль/л) была значимо выше, чем в группе (группа 2) с нормальным уровнем ТГ в крови (1,00 \pm 0,32 ммоль/л, $p=0,000$). Со стороны показателей липидтранспортной системы крови между группами 1 и 2 также были выявлены различия по содержанию ХСЛПВП (1,39 \pm 0,37 и 1,64 \pm 0,46 ммоль/л, соответственно, $p=0,001$), а также атерогенной фракции ХС-неЛПВП (4,71 \pm 1,12 и 4,12 \pm 1,10 ммоль/л, соответственно, $p=0,002$).

В группе с высокими значениями концентрации ТГ наблюдалось и увеличение активности липопероксидации. Так, в группе 1 концентрация МДА составила 4,52 \pm 2,38 ммоль/л, тогда как в группе 2 данный показатель был 2,78 \pm 1,32 ммоль/л ($p=0,000$). При этом концентрации ТГ и МДА имели значимую положительную взаимосвязь ($R=0,505$, $p=0,000$).

В группе 1 уровень СРБ (4,71 \pm 2,79) был выше, чем в группе 2 (3,74 \pm 2,19, $p=0,002$). Наблюдались положительные корреляционные связи между уровнем ТГ и СРБ ($R=0,160$, $p=0,014$). Кроме этого были выявлены положительные связи между продукцией цитокинов (ФНО и ИЛ4) и уровнем ТГ ($R=0,159$, $p=0,014$), $R=0,129$, $p=0,037$, соответственно).

Заключение. Таким образом, у работников атомной промышленности, имеющих повышенный уровень ТГ, наблюдаются негативные изменения во фракционном составе липи-

дов, более высокий уровень продуктов липопероксидации и маркеров воспалительных реакций. Выявленные корреляции свидетельствуют о тесной связи концентрации ТГ с вероятностью прогрессирования сердечно-сосудистой патологии.

008 СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТАТУСА КУРЕНИЯ В ПОПУЛЯЦИИ ЖИТЕЛЕЙ ПРИМОРСКОГО КРАЯ (ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ИССЛЕДОВАНИЯ ЭССЕ-РФ)

Богданов Д. Ю., Невзорова В. А., Мокшина М. В., Кулакова Н. В.

ФГБОУ ВО «ТГМУ» Минздрава России, Владивосток, Россия

Цель. Оценить состояние сердечно-сосудистого риска в зависимости от статуса курения в популяции жителей Приморского края в возрастном диапазоне от 25 до 64 лет.

Материал и методы. Представленные данные получены в ходе многоцентрового эпидемиологического исследования ЭССЕ-РФ. Путем случайной выборки отобрано 2117 человек жителей Приморского края. Все обследуемые заполнили стандартизованную регистрационную карту. Проведено инструментальное обследование, включающее измерение веса, окружности талии (ОТ), систолического и диастолического артериального давления (САД и ДАД) и частоты сердечных сокращений (ЧСС). У всех пациентов был произведен забор венозной крови для определения биохимических показателей, определялись: общий холестерин (ОХС), липопротеиды низкой и высокой плотности (ЛПНП и ЛПВП), триглицериды (ТГ), аполиipoprotein В (apoB), аполиipoprotein А (apoA), липопротеин(а) (Лп(а)), глюкоза, инсулин, мочевая кислота, фибриноген, Д-димер, С-реактивный белок (СРБ), тиреотропный гормон (ТТГ).

Результаты. Все пациенты были разделены на три группы — 1-я включала некурящих пациентов (n=1151 человек) средний возраст — 46,97±0,34 года, 2-я группа — активных курильщиков (n=463 человек) — 42,97±0,53 года, и 3-я группа — бывших курильщиков (n=503 человек) — 45,29±0,52 года. Все группы статистически значимо отличались друг от друга по возрасту, так 2-я и 3-я группа были достоверно моложе по сравнению с группой некурящих (p<0,001 и p<0,01, соответственно). В результате инструментального обследования установлена достоверно более высокая масса тела у активных 79,6±0,81 кг (p<0,01) и бывших курильщиков 82,93±0,82 кг (p<0,001) по отношению к 1-й группе (77,1±0,49 кг), без статистической значимости различий между собой (p>0,05). При оценке липидного спектра определены более низкие значения ТГ в группе некурящих — 1,32±0,03 ммоль/л, против группы курящих — 1,47±0,05 ммоль/л и бросивших курить — 1,45±0,05 ммоль/л (p<0,05). Более высокий уровень apoA отмечен в группе некурящих: 1,845±0,012 г/л против группы активных курильщиков 1,693±0,02 г/л и бывших курильщиков 1,692±0,02 г/л, соответственно (p<0,001). Отмечен более высокий уровень мочевой кислоты во 2-й — 340,24±4,58 ммоль/л и 3-й группах — 353,64±5,02 ммоль/л по отношению к 1-й группе 315,03±3,0 ммоль/л (p<0,001). В показателях ОТ, САД, ДАД, ЧСС, ОХС, ЛПНП, ЛПВП, apoB, Лп(а), глюкозы, инсулина, фибриногена, Д-димера, СРБ, ТТГ статистически значимых различий между группами не обнаружено (p>0,05).

Заключение. Установлено что, несмотря на более старший возраст в группе некурящих лиц, такие показатели, как вес, ТГ, мочевая кислота имеют достоверно более низкие, а показатель apoA более высокие значения по сравнению с активно курящими лицами и бросившими курить. Не выявлено статистически значимых различий в перечисленных выше показателях в группах курящих пациентов и бывших курильщиков, что следует учитывать при стратификации сердечно-сосудистого риска в зависимости от статуса курения.

009 АКТУАЛЬНОСТЬ И ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ КАРДИОПРОТЕКТОРОВ, СТИМУЛИРУЮЩИХ НАКОПЛЕНИЕ γ -БУТЕРОБЕТАИНА В КАРДИОМИОЦИТАХ У ЛИЦ С ИЗМЕНЕНИЯМИ СЕРДЦА НА ФОНЕ ФИЗИЧЕСКОГО СТРЕССА

Бондарев С. А.

ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

Цель. Изучить целесообразность применения препаратов, стимулирующих накопление γ -бутиробетаина и ограничивающих утилизацию жирных кислот кардиомиоцитом у пациентов, испытывающих хронический физический стресс, с целью купирования нарушений ритма и диастолической дисфункции сердца.

Материал и методы. Обследованы 223 спортсмена высшего спортивного мастерства, выполняющие средне-статические высокодинамические нагрузки в циклических видах спорта (средний возраст 31,0±7,5 лет, спортивный стаж 4,1±0,3 года). Среди них выделена группа из 91 спортсмена со сниженной работоспособностью по данным педагогического наблюдения и данным ВЭМ стресс-теста по протоколу Брюса (7,1±0,5МЕТ против 8,9±0,3МЕТ в остальной группе, p<0,05). Выполнены ЭКГ исследование при суточном мониторинговании, при ВЭМ стресс-тесте. ЭхоКГ с определением размеров сердца, сократительной способности и диастолической функции методом постоянно-волновой и тканевой доплерографии согласно Европейским рекомендациям (2011г). С целью медикаментозной коррекции использовался препарат мельдоний. Метаболическая коррекция проводилась в утренние часы внутривенно струйно в дозе 20 мл 10% раствора в течение 14 дней.

Результаты. В основной группе при выполнении ЭКГ выявлены изменения соответствующие изменениям второй группы согласно «Национальным рекомендациям по допуску лиц с заболеваниями сердечно-сосудистой системы (ССС) к занятиям физической культурой и спортом» (2011г). В контрольной группе изменений на ЭКГ не отмечалось. При выполнении ЭхоКГ для пациентов основной группы было получено различие с данными контрольной группы по следующим показателям: увеличению индекса объема левого предсердия, IVRT (мс), Tdec (мс), Септ. e' (мм/с), Латер. e' (мм/с), E/e' (ед.) (соответственно, 76,0±4,0 и 87,0±3,2; 186,0±6,5 и 231,0±15,6; 10±1,3 и 10±1,4; 11±1,1 и 11±1,2; 9,5±1,1 и 10,1±1,4, все на уровне p<0,05).

На фоне применения препарата получены следующие результаты: уменьшение частоты желудочковой экстрасистолии и нарушений процессов реполяризации (соответственно, 32,0±6,4 и 27,0±2,4; 90,0±1,6 и 32,0±5,7, p<0,05), пароксизмы наджелудочковой и желудочковой тахикардии были купированы, p<0,05, снижение степени проявления диастолической дисфункции левого желудочка по показателям IVRT (мс), Tdec (мс), Септальный e' (мм/с), латеральный e' (мм/с), Ee' (ед.) (соответственно, 105,0±8,3 и 88,0±2,2; 292,0±12,5 и 221,0±12,0; 8,0±1,2 и 11±1,1; 8,3±1,2 и 12±0,8; 8,0±0,6 и 8,0±0,6, p<0,05).

Заключение. Применение препарата, стимулирующего накопление γ -бутиробетаина в кардиомиоцитах, ограничивающего утилизацию жирных кислот и оптимизирующего использование глюкозы позволило достоверно уменьшить частоту желудочковых и наджелудочковых нарушений ритма, а так же улучшить показатели диастолической функции сердца. Таким образом, использование препаратов с таким механизмом действия является целесообразным. С учетом ограничения применения препаратов с кардиопротективным действием в виде увеличения концентрации γ -бутиробетаина и уменьшения утилизации жирных кислот в процессе митохондриального синтеза у лиц занимающихся соревновательной деятельностью, можно предполагать

целесообразность их использования в реабилитации лиц, занимающихся фитнесом.

010 РЕАЛИЗАЦИЯ ЕДИНОГО ЦИФРОВОГО ПРОСТРАНСТВА КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН

Вафин А. Ю.¹, Осипов С. А.¹, Тихомиров В. Б.², Владимировский А. В.³

¹Министр здравоохранения Республики Татарстан, Казань; ²компания “Телемедицинские информационные системы”, Казань; ³МСК “Медстрах”, Москва, Россия

Цель. Оценить эффективность пилотной фазы проекта по формированию единого цифрового пространства кардиологической службы Республики Татарстан.

Материал и методы. Исследование выполнено на принципах системного подхода. Использована база данных “Телемедицинской информационной системы” (ТИС) с информацией о медицинских организациях, сотрудниках, электрокардиографических (ЭКГ) исследованиях. Применены методы анализа и синтеза, количественного статистического анализа.

Результаты. Обоснованы и разработаны подходы и стратегия формирования единого цифрового пространства в кардиологии, которые были реализованы в рамках проекта “Единый кардиолог” Министерства здравоохранения Республики Татарстан (РТ). В пилотной фазе (01.12.2016-01.03.2017) к “ТИС” подключены 62% медицинских организаций (МО) РТ (с прикреплением 3083457 пациентов — 79% от общего количества прикрепленного к МО РТ населения). За первые три месяца устойчивой (фактически-рутинной) работы системы зафиксирован рост числа ЭКГ, накопленных в системе, в 2,67 раза. “Прозрачность” работы службы функциональной диагностики обеспечила стимулирование к более тщательной работе с расшифровками результатов электрокардиографических исследований: имеет место положительная динамика удельного веса расшифрованных ЭКГ (от 2,33% до 28,47%). Охват электрокардиографическими обследованиями прикрепленного населения также возрос от 0,57% до 4,86%. Ежедневно в системе проводится более 3500 новых исследований.

Заключение. Успешно реализован современный инструмент управления системой оказания кардиологической помощи на уровне субъекта РФ. Важными аспектами являются возможность объективного принятия организационных решений, управления кадрами и ресурсами, экспертизы объемов и качества медицинской помощи. С учетом количества и темпов накопления информации (в настоящее время в базе “ТИС” содержатся более 200 тысяч результатов ЭКГ-исследований, из которых расшифрованы в соответствии со всеми требованиями порядка 25%) можно говорить об успешном функционировании системы для анализа “больших данных”, что открывает принципиально новые возможности для популяционной эпидемиологии, стратегического управления здравоохранением. Следующим нашим шагом будет подключение к проекту “Единый кардиолог” 94 бригад “скорой медицинской помощи” (мобильные электрокардиографы) и подразделений родовспоможения (фетальные мониторы для кардиотокографии), будут организованы 6 референсных центров. В качестве определенного эталона описанная модель может быть успешно масштабирована на другие регионы Российской Федерации

011 КУРЯЩИЕ МЕДИКИ-ПЕРВОКУРСНИКИ: ФИЗИОЛОГИЯ И ПСИХОЛОГИЯ

Венева Ю. Л., Казидова Е. Н., Мельников А. Х., Царев Н. Н., Думинский В. Ю.

Медицинский институт ФГБОУ ВО “Тульский государственный университет”, Тула, Россия

Курение является управляемым фактором риска сердечно-сосудистых заболеваний, однако формирование мотива-

ции отказа от курения представляет довольно сложную задачу. **Цель.** Изучение особенностей психофизиологической адаптации студентов, поступивших на первый курс медицинского института в 2016 году, в зависимости от статуса курения.

Материал и методы. В конце первого семестра проведено сплошное обследование студентов с использованием компьютерной программы “Валеоскан 2” (Венева Ю. Л., Мельников А. Х., Антоненко С. В., 2013). Программа включает 69 вопросов и 8 психологических тестов для изучения когнитивных функций. Данные представлены как $M \pm m$.

Результаты. Отметим факт курения 12 из 58 юношей (20,7%) и 15 из 108 девушек (13,9%). Из 15 девушек 11 курили эпизодически, 4 — постоянно, но все отметили, что могут бросить курить. Длительность: 6 студенток — до 1 года, 5 девушек — 1-3 года и 4 — свыше 3 лет. Интенсивность курения: 13 студенток — от 2 до 5 сигарет в день, 1 девушка выкуривала 5-10 и 1 — свыше 10 сигарет в день. Мотивация: для 8 девушек это способ снятия напряжения, трем девушкам нравится табачный дым, а 4 студентки над этим не задумывались.

Из 12 юношей только 4 курили эпизодически, остальные 8 постоянно. Стаж: курили до года, от 1 до 3 лет и свыше 4 лет по 4 человека. Интенсивность: до 5 сигарет — 5 юношей, от 5 до 10 — 4 юноши и свыше 10 сигарет в день — 3 студента. Все студенты отметили, что могут бросить курить. Мотивация: для 3 человек курение — это способ снятия напряжения, 1 студент отметил, что курение повышает работоспособность, двум студентам нравится табачный дым и 6 юношей над этим не задумывались.

Курящие девушки и юноши положительно относились к алкоголю и чаще его употребляли, им больше нравились крепкие спиртные напитки. Среди всех студентов только 1 девушка и 2 юношей отметили, что пробовали наркотики — все постоянные курильщики. Высокодостоверно чаще курящие студенты относили себя к вечернему хронотипу. У юношей наблюдались тенденции к предпочтению громкой музыки ($p=0,06$) и укорочению длительности индивидуальной минуты. Не было различий по данным цветового теста М. Люшера.

Вместе с тем курящие юноши ниже оценили уровень своего здоровья ($3,75 \pm 0,21$ и $4,34 \pm 0,07$; $p=0,01$), как и девушки, у которых различия не достигли критерия достоверности. У курящих юношей были хуже результаты дыхательных проб Штанге ($33,8 \pm 4,2$ и $44,4 \pm 3,5$ с; $p=0,026$) и Генча ($54,3 \pm 5,6$ и $67,4 \pm 3,2$ с; $p=0,029$). Не было различий в антропометрических данных, ЧСС и уровне случайного АД ($118,8/81,5$ и $116,3/80,9$ мм рт.ст. у девушек, $127,4 \pm 80,9$ и $132,9/82,0$ мм рт.ст. у юношей). Однако курящие юноши выполнили тест Люшера достоверно быстрее, как и корректурную пробу (тенденция к достоверности), а у курящих девушек была несколько лучше кратковременная зрительная память.

Заключение. Выявлены особенности психофизиологической адаптации курящих юношей, свидетельствующие об их повышенной активации и сопровождающиеся снижением самооценки здоровья и дыхательных проб. Отсутствие различий в группе девушек может объясняться незначительным стажем и интенсивностью курения.

012 НЕКОТОРЫЕ ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ КАРДИОВАСКУЛЯРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ У КУРЯЩИХ ПОДРОСТКОВ 12-17 ЛЕТ

Гакова Е. И., Кузнецов В. А.

Тюменский кардиологический научный центр, Томский национальный исследовательский медицинский центр РАН, Томск, Россия

Цель. Оценка эпидемиологической ситуации в отношении основных факторов риска ишемической болезни сердца в Тюменской популяции школьников для разработки основных направлений профилактического вмешательства.

Материал и методы. Проведено одномоментное эпидемиологическое исследование популяции школьников 12-17 лет одного из округов г. Тюмени, включенных по методу случайной выборки всего 1596 школьников (783 мальчика и 813

девочек) с откликом 87,7%. Обследование включало: опрос со сбором паспортных данных; анонимное анкетирование на выявление курения: подросток считался курящим, если выкуривал 1 и более сигарет в неделю; измерение артериального давления (АД) в соответствии с рекомендациями ВОЗ, с критериями повышенного САД/ДАД: 12 лет — >120/75 мм рт.ст.; 13-14 лет — >130/80 мм рт.ст.; 15-17 лет — >135/85 мм рт.ст.; запись ЭКГ в 12 общепринятых отведениях в положении лежа на спине со скоростью 50 мм/сек с последующим кодированием по Миннесотскому коду. Этические нормы соблюдены. Статистический анализ проводился с использованием программы "Statistika 6.0". Статистически значимыми считались различия с $p < 0,05$.

Результаты. По данным нашего исследования интерес к курению школьники начинали проявлять уже с младших классов, а число курильщиков увеличивалось пропорционально возрасту, и к 17 годам курил каждый четвертый мальчик и каждая десятая девочка. Средний возраст наиболее интенсивного приобщения к курению у тюменских мальчиков составил 12,4 лет, у девочек — 15,1 лет.

Различия средних уровней ЧСС, САД, ДАД у девочек и средних уровней САД, ДАД у мальчиков в категориях курящих и некурящих находились в пределах референтных значений и были незначительными. Отмечена более высокая ЧСС у курящих мальчиков в сравнении с некурящими (86,3 и 83,9 уд. мин., $p < 0,05$). У подростков в категории курящих в сравнении с некурящими наблюдалась тенденция к более высокой распространенности повышенного ДАД (10,4% и 7,4%) и одновременно повышенного САД и ДАД (6,5% и 2,9%) у мальчиков, повышенного САД (11,6% и 9,1%), повышенного ДАД (7,0% и 3,2%) и одновременно повышенного САД и ДАД (4,7% и 1,%) у девочек. По данным ЭКГ синусовый ритм выявлен у 90,8% курящих школьников, в сравнении с 91,9% у некурящих подростков, с выраженным различием у девочек (85,2% и 92,8% соответственно, $p < 0,05$). В категории курящих подростков в сравнении с некурящими, отмечена более часто встречающаяся миграция водителя ритма (6,9% и 4,0% соответственно), особенно среди девочек (11,1% и 3,6%, $p < 0,05$), и предсердный ритм (4,6% и 3,7% соответственно). Различия показателей кодируемых зубцов были незначительными.

Заключение. Таким образом, высокая распространенность табакокурения, а также значительная частота встречаемости функциональной кардиоваскулярной патологии среди курящих подростков определяют необходимость изучения влияния этого фактора на формирование нарушений сердечно-сосудистой системы уже в этом возрастном периоде.

013 ВАЗОМОТОРНАЯ ФУНКЦИЯ ЭНДОТЕЛИЯ У ЛИЦ С ФАКТОРАМИ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Гаранин А.А.

ФГБОУ ВО Самарский государственный медицинский университет Минздрава России, Самара, Россия

Цель. Исследовать состояние вазомоторной функции эндотелия у лиц с основными факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний при помощи компьютерной реографии.

Материал и методы. В исследование включены 130 человек, которые распределены по 4 группам. Группа 1 (контрольная) — 40 практически здоровых человек, средний возраст 21 ± 1 год. Группы 2, 3 и 4 являлись группами сравнения и включали по 30 человек с одним из факторов риска: курение, артериальная гипертензия 1 степени и сахарный диабет 1 типа соответственно. Средний возраст в группах сравнения составил 25 ± 2 года. Всем обследованным выполняли компьютерную реографию верхней конечности в покое и после проведения проб: с окклюзионной гиперемией и лекарственным тестом с 0,5 мг нитроглицерина под язык. Проводилось построение второй производной реограмм, по отрицательным, положительным пикам и переходам через ноль которой определялись границы фаз

сосудистого цикла. Изучали динамику средней скорости изменения сопротивления в фазы сосудистого цикла, функция которых определяется деятельностью гладкомышечных элементов артериальной стенки: медленного притока и мышечного компонента оттока. Показатель состояния функции эндотелия рассчитывался как отношение скорости изменения сопротивления тканей конечности после проведения пробы к исходному значению. Определена "точка отсечения", разделяющая лиц с нормальной и нарушенной функцией эндотелия, равная в фазу медленного притока 23%, в фазу мышечного компонента оттока 20%. Статистический анализ выполнен с использованием критерия Вилкоксона. Достоверными считались различия при $p < 0,05$.

Результаты. По данным компьютерной реографии закономерно, что в группе 2 произошло снижение средней скорости в фазу медленного притока на 11% ($p = 0,004$), в группе 3 — на 10% ($p = 0,026$) в ответ на проведение манжеточной пробы. В 4 группе, напротив, наблюдалась чрезмерная вазодилатация — средняя скорость снизилась на 32% ($p = 0,017$). В фазу мышечного компонента оттока в группе 2 наблюдалось увеличение скорости на 50% ($p = 0,023$) и в группе 3 на 80% ($p = 0,022$), что указывает на недостаточную вазодилатацию на фоне этих факторов риска. Вместе с тем, в группе 4 отмечено снижение данного показателя на 40% ($p = 0,047$), что подтверждает изменения в фазу медленного притока. Полученные изменения коррелируют с динамикой показателей при проведении лекарственного теста.

Заключение. Компьютерная реовазография может быть применена как дополнительный инструментальный метод исследования функции эндотелия у лиц с основными факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний. Каждый фактор риска вносит свой вклад в развитие дисфункции эндотелия. Выявлено, что оптимальным количественным показателем реограммы, характеризующим вазомоторную функцию эндотелия в ходе проведения пробы с постокклюзионной реактивной гиперемией, является скорость изменения сопротивления тканей тела человека. Определены "точки отсечения", позволяющие разделять людей с нормальной и нарушенной эндотелиальной функцией.

014 ЖИЗНЕННОЕ ИСТОЩЕНИЕ И 16-ЛЕТНИЙ РИСК АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И ИНСУЛЬТА В ЖЕНСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ В РОССИИ/ СИБИРИ: ПРОГРАММА ВОЗ MONICA-ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ

Гафаров В. В.^{1,2}, Панов Д. О.^{1,2}, Громова Е. А.^{1,2}, Гагулин И. В.^{1,2}, Гафарова А. В.^{1,2}

¹ФГБУ НИИ терапии и профилактической медицины, Новосибирск; ²Межведомственная лаборатория эпидемиологии сердечно-сосудистых заболеваний, Новосибирск, Россия

Цель. Изучить связь жизненного истощения (ЖИ) с поведенческими факторами риска и влияние на относительный риск возникновения артериальной гипертензии (АГ) и инсульта в женской популяции 25-64 лет мегаполиса Западной Сибири (г. Новосибирск) в течение 16 лет.

Материал и методы. В рамках третьего скрининга программы ВОЗ "MONICA-психосоциальная" (MOPSY) в 1994 г. была обследована случайная репрезентативная выборка женщин ($n = 870$) в возрасте 25-64 лет одного из районов г. Новосибирска. Отклик на исследование составил 72,5%. Жизненное истощение было изучено с помощью анкеты "MONICA -MOPSY". В течение 16-летнего периода (1995-2010гг) в когорте были изучены все впервые возникшие случаи АГ, инсульта. Кокс пропорциональная регрессионная модель использовалась для оценки относительного риска (ОР). Женщины, имевшие кардиоваскулярные заболевания к началу исследования, не включались в анализ.

Результаты. Высокий уровень ЖИ в наблюдаемой когорте встречался у 31,2% женщин. В течение 16 лет зарегистрировано 35 случаев инсульта и 335 случаев АГ.

Через 5 лет от момента скрининга ОР развития АГ у женщин с ЖИ был выше в 1,99 раза, в сравнении с женщинами без ЖИ (95,0% ДИ: 1,03-3,87; $p < 0,05$). ОР развития АГ через 10 лет от начала исследования составил 1,47 у лиц с ЖИ (95,0% ДИ: 0,87-2,48; $p < 0,05$). В течение 16 лет ОР развития АГ составил 1,02 (95% ДИ: 0,23-4,62; $p > 0,05$).

В течение 16 лет наблюдения у женщин с ЖИ ОР развития инсульта был в 3,34 раза выше (95% ДИ=1,02-10,93; $p < 0,05$) в сравнении с лицами без ЖИ.

Отмечены тенденции в увеличении частоты развития АГ/инсульта среди замужних женщин, среди лиц со средне-специальным образованием. В отношении профессиональных групп определено, что у женщин, занятых легким физическим трудом, с ЖИ чаще развивалась АГ в сравнении с работницами инженерно-технических специальностей с ЖИ ($\chi^2=4,429$ $df=1$ $p < 0,05$) и теми, кто занят средним физическим трудом без ЖИ ($\chi^2=4,73$ $df=1$ $p < 0,05$). Тенденции увеличения частоты развития инсульта отмечены среди женщин с профессиональным статусом в категории “руководитель”, “тяжелый физический труд” с ЖИ.

Заключение. Установлена большая распространенность высокого уровня жизненного истощения в женской популяции 25-64 лет, которое ассоциировано с неблагоприятным поведенческим профилем. ЖИ значимо увеличивает относительный риск АГ и инсульта, особенно в группе замужних женщин со средне-специальным образованием в категории “руководитель” и “физический труд”.

015 ВРАЖДЕБНОСТЬ И РИСК РАЗВИТИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА У МУЖЧИН В РОССИИ/СИБИРИ (ПРОГРАММА ВОЗ “MONICA-ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ”)

Гафаров В. В.^{1,2}, Громова Е. А.^{1,2}, Гагулин И. В.^{1,2}, Гафарова А. В.^{1,2}, Панов Д. О.^{1,2}

¹ФГБУ НИИ терапии и профилактической медицины, Новосибирск; ²Межведомственная лаборатория эпидемиологии сердечно-сосудистых заболеваний, Новосибирск, Россия

Цель. Определить влияние враждебности на 16-летний риск развития инфаркта миокарда (ИМ) в открытой популяции мужчин 25-64 лет в России/Сибири.

Материал и методы. В рамках III скрининга программы ВОЗ “MONICA-psychosocial” обследована случайная репрезентативная выборка мужского населения 25-64 лет Новосибирска в 1994 году ($n=657$, $44,3 \pm 0,4$ года, отклик — 82,1%). Программа скринингового обследования включала: регистрацию социально-демографических данных, определение враждебности. За 16-летний период было выявлено 30 впервые возникших случаев ИМ. Для оценки относительного риска (ОР) использовалась регрессионная модель пропорциональных рисков Кокса. Во всех видах анализа статистически значимыми результаты считались при уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты. Среди мужчин с впервые возникшим ИМ лица с враждебностью составляли 73,7% (низкая враждебность — 18,4%; средняя враждебность — 10,5%; высокая враждебность — 44,7%) ($\chi^2=4,856$, $n=3$, $p > 0,05$). Риск ИМ у мужчин 25-64 лет с враждебностью в течение 5-летнего периода был в 2,57 (95%ДИ 1-6,1; $p < 0,05$) раза выше в сравнении с лицами без враждебности, причем в старшей возрастной группе риск ИМ был выше в 3,2 раза (95% ДИ 1-10; $p < 0,05$). Через 10 лет сохранилась тенденция увеличения риска ИМ у мужчин с враждебным поведением от 1,2 (95%ДИ 0,5-2,7; $p > 0,05$). Через 16 лет у мужчин с враждебным паттерном риск ИМ составил 0,4 ($p > 0,05$). Риск ИМ у мужчин с начальным уровнем образования при враждебности был в 2,5 раза выше (95%ДИ 1,2-5,2; $p < 0,01$), чем у мужчин с высшим образованием. При сравнении групп мужчин по профессиональному уровню, оказалось: мужчины на руководящих должностях, больше других подвержены риску ИМ. Риск ИМ у руководителей в 9 (95%ДИ 1-79; $p < 0,05$) раз, а руководителей среднего звена в 8,5 (95%ДИ 0,9-72; $p < 0,05$) раз выше, чем у мужчин, труд которых связан с инженерно-техническим профилем.

Безусловно, огромное влияние на риск ИМ оказывает семейное положение: ОР ИМ у мужчин, которые никогда не были женаты, составил 4,1 (95%ДИ 1,3-12,6; $p < 0,01$), разведены 3,7 (95%ДИ 1,8-7,8; $p < 0,0001$), овдовели 12,7 (95%ДИ 4,2-38,5; $p < 0,0001$) в сравнении с мужчинами, состоящими в браке. ОР ИМ в группе 45-54 года составил 5,1 (95%ДИ 1,6-16,5; $p < 0,01$), 55-64 года — 8,4 (95%ДИ 2,5-27,5; $p < 0,0001$) (в сравнении с группой 25-34 года).

Заключение. Враждебность является предиктором развития ИМ у мужчин трудоспособного возраста.

016 СПОСОБСТВУЕТ ЛИ ОЦЕНКА РАБОТЫ ВРАЧЕЙ И ИХ ОБУЧЕНИЕ УЛУЧШЕНИЮ КАЧЕСТВА ЛЕЧЕНИЯ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ?

Герасимов С. Н.¹, Посенкова О. М.¹, Киселев А. Р.¹, Коротин А. С.¹, Попова Ю. В.¹, Попов И. А.¹, Радаева И. Ю.¹, Перепелов М. А.², Гриднев В. И.¹

¹ФГБОУ ВО “Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского” Минздрава России, Саратов; ²ГУЗ “Энгельская городская поликлиника №4”, Энгельс, Россия

Цель. Изучить влияние селективной оценки лечения больных артериальной гипертензией (АГ) с последующим обучением врачей на качество медицинской помощи при АГ в сельской поликлинике.

Материал и методы. Оценивалось лечение больных эссенциальной АГ в поликлинике рабочего поселка Саратовской области, обратившихся к участковому терапевту, кардиологу или врачу общей практики в период с 01.07.2015 по 31.07.2015 ($n=88$, средний возраст $64,6 \pm 1,3$ года, 39,8% мужчин) и затем с 01.07.2016 по 31.07.2016 ($n=94$, средний возраст $68,0 \pm 11,4$ года, 37% мужчин). Для оценки качества немедикаментозных вмешательств проверялось наличие в предшествующие 12 месяцев: 1) информации о статусе курения, 2) совета о прекращении курения курящим пациентам, 3) информации о массе тела, 4) совета о снижении веса пациентам с избытком массы тела. Эффективность лечения оценивали по достижению целевого артериального давления (АД) на последнем визите, а также по назначению хотя бы двух антигипертензивных препаратов при АД, превышающем целевое. По результатам 2015 года проводилось обсуждение с врачами поликлиники. На основе клинических рекомендаций по АГ разработаны справочные материалы для использования врачами на приеме, проведен цикл практических занятий по диагностике и лечению АГ. В 2016 году проводилась повторная проверка для оценки отдаленного влияния информирования и обучения врачей на качество лечения больных АГ.

Результаты. При сравнении данных 2015 и 2016г получены следующие результаты. Статус курения установлен у 19,3% (17 из 88) больных АГ в 2015г против 1% (1 из 94) в 2016, $p < 0,001$. Совет по прекращению курения в 2015г дан одному из трех курящих больных. В 2016 году не было выявлено ни одного курящего пациента с АГ, показатель не оценивался. Масса тела была измерена у 6,8% больных АГ в 2015 г. (6 из 88) и у 21,3% пациентов в 2016г (20 из 94), $p=0,006$. Совет по снижению веса в 2015 году получили 16,7% (1 из 6) пациентов с избытком массы тела и 10,7% (3 из 28) больных в 2016г. Целевое АД достигнуто у 51% больных АГ в 2015г против 54% в 2016г (45 из 88 больных против 51 из 94, соответственно, $p=0,686$). Не были назначены два антигипертензивных препарата при нецелевом АД в 58,1% (25 из 43) случаев в 2015г и в 39% (14 из 36) случаев в 2016г, $p=0,097$.

Заключение. Выборочная оценка наиболее значимых мероприятий медицинской помощи у больных АГ показала, что информирование врачей поликлиники о выявленных недостатках и их обучение не приводит в долгосрочном периоде к значимому улучшению качества лечения. По истечении года после обучения врачей частота достижения целевого АД, назначение комбинированной антигипертензивной терапии при не целевом АД, консультирование по коррекции веса остались на прежнем уровне. Достоверно ухудшилось выявление курения.

017 КАРДИОТРОПНЫЙ ЭФФЕКТ ДИНИТРОЗИЛЬНЫХ КОМПЛЕКСОВ ЖЕЛЕЗА (ДОНОРОВ NO)

Гизатуллин А. Р., Акентьева Н. П., Санина Н. А., Шматко Н. Ю., Приходченко Т. Р., Шкондина Н. И., Горячев Н. С., Алдошин С. М.

Институт проблем химической физики РАН, Черноголовка, Россия

Сердечно-сосудистые заболевания занимают первое место по смертности в мире. Поэтому синтез препаратов для профилактики и лечения кардиологических заболеваний является важной задачей.

Цель. Синтезировать водорастворимые динитрозильные комплексы железа (ДНКЖ, доноров NO) и изучить их кардиотропное действие *in vitro*.

Материал и методы. Для анализа воздействия ДНКЖ на активность миелопероксидазы, матриксной металлопротеиназы использовали флуоресцентный метод. Клеточные лизаты получали из кардиомиоцитов крысы, выделенных из тканей миокарда. Анализ кардиотропного действия ДНКЖ на жизнеспособность клеток проводили методом Alamar assay. Влияние ДНКЖ на уровень митохондриального мембранного потенциала, глутатиона и реактивных видов кислорода оценивали флуоресцентными методами.

Результаты. Синтезировано 7 водорастворимых, динитрозильных комплексов железа с серо-содержащими лигандами, а именно с тиомочевинной и ее производными. Показано, что ДНКЖ являются донорами NO. ДНКЖ ингибировали активность миелопероксидазы на 70% и матриксной металлопротеиназы на 98-100%. Предварительная инкубация клеток с ДНКЖ увеличивала их жизнеспособность в 3 раза и значительно понижала митохондриальный мембранный потенциал.

Заключение. ДНКЖ являются эффективными ингибиторами миелопероксидазы и матриксной металлопротеиназы, биомаркеров ИБС и атеросклероза. ДНКЖ являются перспективными кандидатами для профилактики и лечения кардиологических заболеваний (ИБС, атеросклероза).

018 ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ НАВЫКОВ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ СОВРЕМЕННОГО СТУДЕНТА

Джанибекова А. Р., Эжиева Б. Б., Горбунова С. И., Синюкова А. С., Джанибеков М. Р.

Ставропольский Государственный Медицинский Университет, Ставрополь; ГУЗ ПКДТ РО, Ростов на Дону; Городская клиническая больница №2, Ставрополь; МБОУ «Центр образования №11» Черкесск, Россия

Цель. Поскольку повышение рейтинга здоровья в системе ценностей студентов медицинского ВУЗа является необходимым условием успешной профессиональной социализации, целью настоящего исследования послужило изучение особенностей формирования навыков здорового образа жизни студентов-медиков.

Материал и методы. В исследование включены 87 студентов Ставропольского государственного медицинского университета обоего пола в возрасте от 19 до 24 лет (средний возраст $21,4 \pm 0,2$ лет). По гендерному признаку преобладали девушки (юношей 34 (39,1%), девушек 53 (60,9%)). Проводилось анкетирование для выяснения семейного анамнеза и вредных привычек. Проводили оценку психологического статуса с использованием Госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS). У всех респондентов определяли скрининговые антропометрические данные. Для оценки уровня сформированности установок на здоровый образ жизни использовалась унифицированная анкета. Статобработку данных проводили с помощью пакета анализа STATISTICA, версия 6.0 и в Excel.

Результаты. По результатам анкетирования установлено, что в системе жизненных ценностей у студентов ведущую

роль имели здоровье и материальное благополучие: 79% и 73%, соответственно. Следующие позиции занимали любовь/семья (71%) и интересная работа (53%). Факторами, благотворно влияющими на здоровье человека, по мнению респондентов, являлись: правильное питание (79%), адекватная физическая нагрузка (48%), контроль массы тела (64%), отсутствие вредных привычек (39%), удовлетворительные показатели стрессоустойчивости (38%), генетические (наследственные) факторы (41%). Состояние «духовного» здоровья, доступность и качество медицинского обслуживания, состояние окружающей среды (экологический фактор) занимали наименее значимые позиции в шкале жизненных ценностей.

Примечательно, что курившими на момент обследования оказались 25,3% студентов. Избыточная масса тела на момент исследования выявлялась у 18,4%, а отягощенная наследственность по ишемической болезни сердца (ИБС) и артериальной гипертензии (АГ) у 48,3% обследованных. Психологическое обследование установило, что у 11,5% лиц молодого возраста определялось наличие тревожно-депрессивных расстройств.

Заключение. Полученные данные показали, что здоровье занимает ведущее место в системе жизненных ценностей и приоритетов будущих врачей. Установлена достаточно большая распространенность некоторых факторов риска ИБС у студентов-медиков. Таким образом, необходимо дальнейшее совершенствование и усиление мер, направленных на валеологизацию знаний современного студента и выработку устойчивой здравосозидающей позиции личности.

019 ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА У СТУДЕНТОВ 17-18-ЛЕТНЕГО ВОЗРАСТА: ПИЛОТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Дюбкова Т. П., Лобанов С. А., Лукашенко В. В., Медведь Е. В., Усена А. В., Кравченко П. В., Скачков О. А., Киркевич А. Д., Якубов А. А.

Белорусский государственный университет, Минск, Республика Беларусь

Цель. Оценить уровень физической активности и характер питания студентов первого курса классического университета и выявить модифицируемые факторы сердечно-сосудистого риска.

Материал и методы. Для сбора первичной информации использован метод анонимного анкетного опроса студентов первого курса экономических и гуманитарных специальностей Белорусского государственного университета. Фактический объем выборки составил 63 респондента, среди них 60,3% девушек и 39,7% юношей. Средний возраст студентов — $17,9 \pm 0,6$ лет. Статистическая обработка результатов исследования выполнена с использованием Microsoft Excel и пакета прикладных программ Statistica 6.0. В работе применены параметрические и непараметрические методы статистического анализа.

Результаты. Более половины ($54,0 \pm 6,3\%$) студентов первого курса регулярно занимаются спортом (в среднем 5,5 часов в неделю). Большинство ($84,1 \pm 4,6\%$) респондентов пользуется ежедневно транспортом, добираясь к месту учебы. Каждый пятый студент поднимается, как правило, на этаж пешком, а $77,8 \pm 5,2\%$ респондентов пользуются лифтом. В свободное время $39,7 \pm 6,2\%$ студентов общаются с друзьями в социальных сетях, смотрят на компьютере фильмы или играют и только $17,5 \pm 4,8\%$ предпочитают прогулки на свежем воздухе.

В питании большинства первокурсников редко присутствует рыба северных морей, содержащая омега-3 полиненасыщенные жирные кислоты. Каждый десятый студент употребляет морскую рыбу 2-3 раза в неделю, $34,9 \pm 6,0\%$ студентов — несколько раз в месяц, а $15,9 \pm 4,6\%$ респондентов не включают рыбу в рацион. В то же время $49,2 \pm 6,3\%$ студентов несколько раз в месяц используют в питании блюда быстрого приготовления (гамбургеры, пицца, картофель фри), содержащие насыщенные жирные кислоты, избыток соли,

консерванты, а каждый пятый респондент употребляет фаст-фуд еженедельно. В рационе студентов часто присутствуют жирные сорта мяса (свинина), сырокопченые колбасы, сметана и твердые сыры высокой жирности, куриные яйца. Только 49,2±6,3% студентов употребляют свежие фрукты каждый день, съедая ежедневно 3–4 штуки и менее фруктов и овощей. Одна треть студентов употребляет овощи каждый день, 50,8±6,3% — несколько раз в неделю, а 1,6% респондентов не включают их в питание вследствие сформированных в детском возрасте пищевых привычек.

Заключение. Потенциал ежедневной двигательной активности (ходьба пешком, подъем на этаж по лестнице, прогулки на свежем воздухе) студентов первого курса университета реализован не в полной мере. С позиций кардиоваскулярного риска питание студентов следует признать нерациональным из-за недостаточного количества фруктов, овощей, морской рыбы, избыточного — продуктов животного происхождения, богатых холестерином и насыщенными жирными кислотами, а также блюд быстрого приготовления. Необходимо повышать информированность студентов по вопросам риска сердечно-сосудистых заболеваний, формировать у них мотивацию к здоровому образу жизни, ответственность за свое здоровье.

020 ДИНАМИКА ФАКТОРОВ РИСКА С ПЕРВОГО ПО ШЕСТОЙ КУРС ОБУЧЕНИЯ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

Евсеева М. Е., Итальянцева Е. В., Кошель В. И., Батурин В. А., Щетинин Е. В.

Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь, Россия

Цель. Изучить динамику профиля факторов риска в течение шести лет обучения у студентов медицинского университета.

Материал и методы. Проведен скрининг ресурсов здоровья обучающихся в рамках ежегодных внутривузовских мероприятий “Неделя первокурсника” и “Неделя шестикурсника” на базе центра студенческого здоровья СтГМУ. В исследовании участвовали 121 студент, поступившие на 1 курс в 2010г, и они же были повторно обследованы на 6 курсе, в том числе 31 юноша и 90 девушек, средний возраст на 1 курсе 17,5±0,2 лет. Обследование включало в себя анкетирование, направленное на выявление основных факторов риска (ФР) неинфекционных заболеваний — артериальной гипертензии (АГ)/предгипертензии (ПГ), курения, гиподинамии, нерационального питания. Учитывались антропометрические показатели (индекс массы тела (ИМТ)).

Результаты. Проведенный анализ встречаемости ФР показал: АГ I степени зарегистрирована у 1,6% первокурсников (3,2% юношей и 1,1% девушек) и у 4,9% (16,1% юношей и 1,1% девушек). Предгипертензия (АД 125/80 — 139/89 мм рт.ст.) выявлена у 3,3% поступивших (9,6% юношей и 1,1% девушек) и 19,8% выпускников (51,6% юношей и 8,8% девушек). Оценка метаболического статуса по уровню ИМТ показала, что случаев ожирения и избыточной массы тела выявлено на 1 году обучения 9,0% (12,9% у юношей и 7,7% у девушек), на 6 году обучения 22,2% (41,8% у юношей и 15,5% у девушек). Курящих среди поступивших по данным анкет было 4,9% (16,1% юношей и 1,1% девушек), к выпуску же в курении признавались 6,6% (22,5% юношей и 1,1% девушек). Наличием гиподинамии отличались 14,8% первокурсников (9,6% юношей и 16,6% девушек) и 38,8% выпускников (48,3% юношей и 35,5% девушек). Нерациональное питание присутствовало у 44,6% (причём 22,5% юношей и 52,2% девушек) на 1-ом курсе и у 45,4% (48,3% юношей и 44,4% девушек) на 6-ом.

Заключение. Полученные данные показывают, что встречаемость АГ/ПГ среди выпускников по сравнению с первокурсниками повышается в 2,5 и 6 раз. При этом среди юношей-первокурсников случаи повышенного АД выявлялись в три раза чаще чем у девушек, среди выпускников эти разли-

чия повышаются многократно. Избыточная масса тела регистрируется у шестикурсников в 3,5 раза чаще по сравнению со студентами-первокурсниками. При этом юноши гораздо чаще страдают метаболическими нарушениями. Такая нарастающая динамика по ФР у молодого контингента в течении нескольких лет обучения подтверждает необходимость создания университетских центров здоровья для проведения ранней и комплексной профилактики кардио-метаболической патологии среди учащейся молодежи.

021 СИНДРОМ EVA И ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ УЧАЩЕЙСЯ МОЛОДЁЖИ

Евсеева М. Е., Сергеева О. В., Фурсова Е. Н., Русиди А. В.

Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь, Россия

Современный стиль жизни способствует омоложению процессов атерогенеза. Поэтому целесообразно интенсифицировать внедрение системы раннего диагностического скрининга случаев раннего сосудистого старения по типу синдрома EVA (early vascular age) среди лиц молодого возраста. Выявление этого синдрома следует учитывать при формировании групп риска в процессе молодёжной диспансеризации.

Цель. Оценить выявление случаев повышенного сосудистого старения в молодёжной популяции во взаимосвязи с различными факторами риска (ФР).

Материал и методы. Обследовано 55 юношей-студентов СтГМУ возрасте от 19 до 24 лет с помощью аппарата VaSeraVS-1500 (FUCUDA DENSHI&CO., LTD, Япония), который основан на регистрации фонокардиограммы (ФКГ), определении II сердечного тона, плетизмографии, регистрирующей через манжету пульсовые волны на плече и подколенной артерии с двух сторон и последующей преобразующей функции, что позволяет в совокупности оценить принципиально новый показатель жёсткости — сердечно-лодыжечный сосудистый индекс САVI слева (L) и справа (R). Указанный метод даёт возможность определять ригидность сосудов вне зависимости от уровня растягивающего АД, действующего на стенку в момент регистрации пульсовой волны. Проводили персентильный анализ, по результатам которого выделяли лиц со значением показателя равным и превышающим 95-ю персентиль.

Результаты. Оказалось, что 95-я персентиль для юношей по R-CAVI и L-CAVI составила 7,1 и 7,2. Из 55 юношей-студентов лиц с уровнем САVI равным указанному или превышающим его оказалось по САVI-R 6 человек (10,9%) и по САVI-L 7 человек (12,7%). Эти юноши отличались сосудистым возрастом на уровне 40–44 лет. Интересно отметить, что среди них встречались лица с наличием как традиционных, так и не вполне традиционных ФР по типу дисплазии соединительной ткани (ДСТ) или вообще без всяких ФР. Среди носителей преждевременного старения выявлен юноша 21 года с индексом САVI-R 7,7 и САVI-L 7,9. Все основные ФР у этого юноши отсутствовали, кроме одного — курения. Он начал курить в возрасте 11–12 лет и при этом ежедневно выкуривал по 1,5 пачки сигарет. Но несмотря на это юноша бросил курить после описанного сосудистого скрининга по причине сильного мотивационного воздействия самого обследования. Другой случай касается юноши 24 лет с наличием САVI-R 7,6 и САVI-L 7,8, который имел достаточно благоприятный профиль традиционных ФР, но при этом отличался наличием признаков ДСТ в виде соответствующего фенотипа (число внешних стигм более 10), склонности к келоидным рубцам, четырёх пневмотораксов в анамнезе (удалена верхняя доля правого лёгкого) и пролапса митрального клапана. У 3 молодых людей вообще не выявлено никаких ФР, кроме повышенной сосудистой ригидности, отражающей наличие у них синдрома EVA.

Заключение. Включение ангиологического скрининга в процесс проведения студенческой диспансеризации позволяет в значительной степени дополнить традиционную схему формирования групп сердечно-сосудистого риска применительно к молодёжной популяции. Это обусловлено тем, что

среди молодых носителей признаков сосудистого старения встречаются лица без каких-либо ФР. Тем не менее, по результатам диспансеризации их следует включать в группу повышенного сердечно-сосудистого риска для своевременного начала проведения соответствующих профилактических мероприятий.

022 ОЦЕНКА СЕРДЕЧНО-ЛОДЫЖЕЧНОГО ИНДЕКСА У МОЛОДЁЖИ В АСПЕКТЕ ПЕРСЕНТИЛЬНОГО И ПОШАГОВОГО АНАЛИЗА

Евсеева М. Е., Фурсова Е. Н., Ерёмин М. В., Хайт Г. Я., Гусев С. В.

Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь, Россия

Цель. Определить статистические параметры оценки сосудистой ригидности у студенческой молодёжи в рамках университетского профилактического проекта.

Материал и методы. Обследованы 149 студентов на базе Центра студенческого здоровья СтГМУ в рамках профилактического проекта “ВУЗ здорового образа жизни”. Оценивали состояние сосудистой стенки по показателям Cardio-Ankle Vascular Index (CAVI) с помощью аппарата Vasera VS-1500 (“Fukuda Denshi”, Япония), который позволяет оценить такой показатель жёсткости как сердечно-лодыжечный сосудистый индекс CAVI слева (L) и справа (R), не зависящий от уровня растягивающего АД, действующего на стенку в момент регистрации пульсовой волны. Группы формировали по половой принадлежности. Определяли гендерные особенности результатов пошагового анализа в аспекте распределения юношей и девушек по уровням значений показателя CAVI, а также особенности данных его перцентильного анализа с учётом пола. С помощью комплексного анкетирования и антропометрии оценивали профиль основных факторов сердечно-сосудистого риска. Полученные данные обработаны с помощью пакета статистических программ “Statistica”.

Результаты. Перцентильный анализ показал, что 95-я перцентиль для юношей по R-CAVI и L-CAVI составила 7,1 и 7,2, а для девушек — 6,8 и 7,0, соответственно. Примечательно, что для всех уровней перцентильного анализа показатель R-CAVI у юношей и девушек был ниже по сравнению с уровнем L-CAVI. При этом особо значимые различия обсуждаемого параметра между левыми и правыми конечностями отмечены у девушек. Результаты пошагового анализа значений индекса CAVI показали, что половина юношей, как и половина девушек укладываются по уровню этого показателя в интервал от 5,0 до 5,9 ед. Ещё практически четверть обследованных обоего пола соответствует интервалу от 6,0 до 6,9. Носителей же указанного показателя на уровне 7,0 среди студентов и студенток выявлено 10,5% и 3,1%, соответственно, то есть среди юношей в 3,3 раза больше по сравнению с девушками.

Заключение. Учитывая данные перцентильного анализа CAVI с учётом значений 95-ой перцентили, для практической работы среди молодёжи следует расценивать как показатель выше нормативного — результат 7,0 и более. Среди студентов к такой категории относится каждый десятый-девятый, а среди студенток — каждая двадцатая. Как среди юношей, так и среди девушек случаи более высокого индекса CAVI отмечены с левой стороны туловища, что требует своего дальнейшего выяснения. Относительно верхних конечностей такая разница может быть связана с меньшей физической нагрузкой на левую руку, так как подавляющее большинство обследуемых были правшами. Причём наиболее значительная асимметрия в показателях отмечена у девушек — почти в три раза. Полученные данные полезно учитывать при формировании групп повышенного сердечно-сосудистого риска среди учащейся молодёжи в процессе её диспансеризации с целью дальнейшего формирования более индивидуализированных программ профилактического вмешательства для каждого молодого человека.

023 ПРИМЕНЕНИЕ КАРДИОРЕСПИРАТОРНОГО ТРЕНИНГА В СПОРТИВНОЙ МЕДИЦИНЕ

Ибрагимова Т. В.

ПСПбГМУ им. акад. И. П. Павлова, Санкт-Петербург, Россия

Проблема адаптации организма спортсмена к физическим нагрузкам занимает важное место в научных исследованиях. Адаптация организма к воздействию различных факторов окружающей среды (в том числе к физическим нагрузкам) в значительной мере связана с реакциями сердечно-сосудистой системы и ее регуляторных механизмов. Сердце является весьма чувствительным индикатором всех происходящих в организме событий. Ритм его сокращений, регулируемый через симпатический и парасимпатический отделы вегетативной нервной системы, реагирует на любые стрессорные воздействия.

Среди нетрадиционных методов саморегуляции, профилактики, оздоровления, реабилитации, мобилизации резервов организма особое место занимает появившаяся более 40 лет назад технология, называемая сейчас функциональным биоуправлением с обратной связью (ФБУОС) или biofeedback. К настоящему времени накоплен большой и очень ценный опыт применения компьютерных, микропроцессорных, автономных комплексов, использующих фактор непрерывного контроля колебаний функций организма со стороны самого пациента. Наибольшее распространение имеют комплексы для коррекции функций кардиоваскулярной системы, как одной из важнейших в обеспечении жизнедеятельности.

Суть знакопеременного кардиотренинга состоит в одновременном предъявлении на экране перед испытуемым двух функций — собственной кардиоритмограммы (КРГ) и целевой синусоиды, периоду и амплитуде которой необходимо следовать во время тренинга. Таким образом, задача периодического повышения/понижения (перемена знака колебаний сердечного ритма) частоты сердечных сокращений (ЧСС), направленная на нормализацию его биоритмологической структуры, становится реальной. Технология знакопеременной БОС предназначена для: оценки адаптационных возможностей кардиоваскулярной системы; тренировки сердечного ритма в адаптивной системе биоуправления; выработки навыков саморегуляции и расслабления; повышения уровня адаптационных возможностей и работоспособности; применения в качестве дополнительного средства предварительной диагностики. Комплекс применяется также для систематического обследования лиц, находящихся в состоянии профессионального, экологического, психологического или социального напряжения (стресса); спортсменов до и после тренировок; для аутотренинга при нервных и физических нагрузках.

Применение кардиореспираторного тренинга у спортсменов является эффективным и нефармакологическим способом коррекции вегетативного баланса. На фоне выработки утерянного паттерна дыхания (респираторной синусовой аритмии) отмечается повышение общей вариабельности сердечного ритма спортсменов, что является благоприятным признаком адаптации организма к физическим нагрузкам. Таким образом, использование биологической обратной связи, учитывающей динамику дыхательного цикла, способствует кардиореспираторной синхронизации и оптимизации показателей вариабельности сердечного ритма.

024 РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОВЕДЕННОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПО ИЗУЧЕНИЮ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ ГРАЖДАН, ПРОШЕДШИХ ОБСЛЕДОВАНИЕ В ЦЕНТРАХ ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Иванова Е. С.¹, Шалагин Ю. Д.¹, Петрунина Г. Ф.¹, Афанасьева Е. А.¹, Соболева Н. П.²

¹Московский областной центр медицинской профилактики, Москва; ²ФГБУ “ЦНИИОИЗ” Минздрава России, Москва, Россия

Цель. С целью изучения удовлетворенности граждан результатами обследования в центрах здоровья для взрослого населения Московской области, а также для получения предложений пациентов по улучшению работы данных структур была разработана анкета для самостоятельного анонимного заполнения, включающая паспортную часть, 10 вопросов основной части анкеты по информированности жителей Московской области о возможности пройти бесплатное обследование в центре здоровья, организации обследования, его целях и результатах.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 1207 респондентов, демографические характеристики которых распределились следующим образом: женщины 865 (72%), мужчины 342 (28%); возрастные группы: до 35 лет — 209 (17%), от 35 до 50 лет — 345 (29%) от 50 до 65 лет — 440 (37%), старше 65 лет — 206 (17%); семейное положение: в браке — 894 (74%), не в браке — 312 (26%); наличие детей: да — 955 (79%), нет — 255 (21%).

Результаты. Анализ ответов на вопросы основной части показал, что большинство респондентов узнали о возможности пройти обследование в центре здоровья от медицинских работников (582 человека, 48%), от родственников и знакомых (406 человек, 34%). Из СМИ эту информацию получили всего 231 человек (18%). Большинство респондентов (1124 человека, 93%), удовлетворены организацией обследования в центре здоровья. 1187 респондентов (98%) посчитали обследование в центре здоровья полезным мероприятием. Большинство респондентов (1148 человек 95%) правильно поняли цель обследования в центре здоровья, как оценку уровня здоровья и выявление факторов риска развития основных заболеваний. Удовлетворенность результатами обследования в центре здоровья высказали 1179 респондентов (98%). Намерение вести здоровый образ жизни подтвердили 1152 респондента (95%). 711 респондент (59%) высказали желание пройти разнообразные дополнительные обследования в центрах здоровья, а также получить информацию по следующим вопросам: о здоровом отдыхе, о том, как избавиться от зависимости к социальным сетям и играм, о том, как предупредить развитие онкологических заболеваний, о том, как нормализовать сон, о том, как бороться с запорами и т.д.

Заключение. Проведенное исследование показало, что программа формирования здорового образа жизни вызывает большой интерес у населения. Граждане, в целом, правильно оценивают цели обследования в центрах здоровья, не перекладывая на них функции амбулаторно-поликлинического учреждения. Дальнейшие перспективы работы центров здоровья видятся в повышении культуры здоровья населения и в улучшении приверженности граждан здоровому образу жизни.

025 ПРОФИЛЬ ПОТРЕБЛЕНИЯ КАЛЬЦИЯ ПАЦИЕНТАМИ С АЛИМЕНТАРНО-ЗАВИСИМЫМИ ФАКТОРАМИ РИСКА

Измайлова О. В., Карамнова Н. С., Калинина А. М.

ФГБУ “Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины” Минздрава России, Москва, Россия

Цель. Изучить профиль потребления кальция (Ca) пациентами с алиментарно-зависимыми факторами риска хронических неинфекционных заболеваний.

Материал и методы. Обследовано 263 жителя г. Москвы (87 мужчин и 176 женщин), обратившихся на прием к диетологу по поводу коррекции алиментарно-зависимых факторов риска хронических неинфекционных заболеваний. Средний возраст мужчин — 47,8±12,4 года, женщин — 52,9±13,5 лет. Средний индекс массы тела — 28,0±6,1 кг/м². Пациенты с нормальной массой тела составили 31% (82 человека — 62 женщины и 20 мужчин), лица с избыточной массой тела — 36% (94 человека — 59 женщин и 35 мужчин), а лица с ожирением — 32% (84 человека — 52 женщины и 32 мужчин). Измерение массы тела (МТ), роста, окружности талии и артериального давления (АД) проводилось по стандартной мето-

дике. Оценка фактического питания выполнена с использованием программы “Анализ состояния питания человека” версия 1.2.4.

Результаты. Среднесуточное потребление Ca было ниже рекомендуемой величины и составило 920,6±364,6 мг без гендерных различий. Так, женщины потребляли Ca 916,4±375,2 мг/сут, мужчины — 929,7±344,1 мг/сут. С возрастом потребление Ca также достоверно не изменялось и составило у пациентов моложе 40 лет — 923,9±425,9 мг/сут, у лиц в возрасте 40-59 лет — 929,4±340,5 мг/сут, а в возрасте старше 60 лет — 899,7±358,7 мг/сут. Достоверной разницы в уровне потребления Ca лицами с нормальной МТ, избыточной МТ и ожирением также не выявлено (919,7±409,5 мг/сут, 902,1±336,2 мг/сут и 940,8±354,8 мг/сут, соответственно). У 64,6% обследованных пациентов (170 чел.) выявлено недостаточное потребление Ca с пищей. Корреляционный анализ по Спирману не выявил связи уровня потребления Ca с возрастом, полом, индексом массы тела, а также с уровнями АД. Отмечена положительная достоверная связь потребления Ca с уровнем потребления пищевых волокон ($r=0,180$, $p<0,01$), калия ($r=0,412$, $p<0,01$), магния ($r=0,454$, $p<0,01$), железа ($r=0,203$, $p<0,01$) и натрия ($r=0,356$, $p<0,01$), а также витаминов: А ($r=0,210$, $p<0,01$), В₁ ($r=0,250$, $p<0,01$), В₂ ($r=0,700$, $p<0,01$), РР ($r=0,213$, $p<0,01$), D ($r=0,149$, $p<0,01$) и С ($r=0,163$, $p<0,01$). Установлена положительная связь потребления Ca и молочных продуктов ($r=0,676$, $p<0,01$), кондитерских изделий ($r=0,275$, $p<0,01$), хлебобулочных изделий ($r=0,145$, $p<0,05$), овощей ($r=0,159$, $p<0,01$) и фруктов ($r=0,320$, $p<0,01$).

Заключение. Среднее потребление Ca у обследованных пациентов ниже рекомендованной величины среднесуточного потребления. Профиль потребления Ca не имеет возрастных и гендерных отличий, не связан с индексом массы тела и уровнем АД. Профиль потребления Ca связан с количеством молочных продуктов, овощей, фруктов, хлебобулочных и кондитерских изделий в рационе, уровнем пищевых волокон, витаминов А, D, В₁, В₂, РР и С, а также калия, магния и железа в структуре питания и выше у лиц, имеющих более протективный характер питания.

026 ПРОФИЛЬ ПОТРЕБЛЕНИЯ МАГНИЯ ПАЦИЕНТАМИ С АЛИМЕНТАРНО-ЗАВИСИМЫМИ ФАКТОРАМИ РИСКА

Измайлова О. В., Карамнова Н. С., Калинина А. М.

ФГБУ “Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины” Минздрава России, Москва

Цель. Изучить профиль потребления магния (Mg) пациентами с алиментарно-зависимыми факторами риска хронических неинфекционных заболеваний.

Материал и методы. Обследовано 263 жителя г. Москвы (87 мужчин и 176 женщин), обратившихся на прием к диетологу по поводу коррекции алиментарно-зависимых ФР ХНИЗ. Средний возраст мужчин — 47,8±12,4 года, женщин — 52,9±13,5 лет. Средний индекс массы тела — 28,0±6,1 кг/м². Пациенты с нормальной массой тела составили 31% (62 женщины и 20 мужчин), лица с избыточной массой тела — 36% (59 женщин и 35 мужчин), а лица с ожирением — 32% (52 женщины и 32 мужчин). Измерение массы тела (МТ), роста, окружности талии и артериального давления (АД) проводилось по стандартной методике. Оценка фактического питания выполнена с использованием программы “Анализ состояния питания человека” версия 1.2.4.

Результаты. Среднесуточное потребление Mg было ниже рекомендуемой величины и составила — 317,4±100,6 мг/сутки. Уровень потребления Mg у мужчин был достоверно выше, чем у женщин (350,2±111,1 мг/сут против 301,2±91,1 мг/сут, соответственно, $p<0,001$). У 82,5% обследованных пациентов (217 чел.) выявлено недостаточное потребление Mg с пищей, у женщин дефицит потребления Mg встречался чаще, чем у мужчин (88,6% и 70,1%, соответственно). Достоверных возрастных различий в уровнях потребления Mg не установлено. Так, потребление Mg пациентами моложе 40 лет составило

331,4±110,8 мг/сут., пациентами 40-59 лет — 314,0±100,5 мг/сут. и лицами старше 60 лет — 311,8±91,4 мг/сут. Достоверной разницы в уровне потребления Mg лицами с нормальной МТ, избыточной МТ и ожирением также не выявлено — 310,5±100,5 мг/сут., 311,3±88,3 г/сут. и 330,0±113,0 мг/сут., соответственно. Корреляционный анализ по Спирману выявил положительную достоверную связь потребления Mg с полом ($r=0,235$, $p<0,01$), SCORE ($r=0,148$, $p<0,05$), диетическими ограничениями в рационе питания ($r=0,143$, $p<0,05$); с потреблением пищевых волокон ($r=0,325$, $p<0,01$); кальция ($r=0,454$, $p<0,01$); калия ($r=0,367$, $p<0,01$); железа ($r=0,255$, $p<0,01$); натрия ($r=0,495$, $p<0,01$); витаминов: А ($r=0,310$, $p<0,01$), В₁ ($r=0,522$, $p<0,01$), В₂ ($r=0,480$, $p<0,01$), РР ($r=0,540$, $p<0,01$) и С ($r=0,196$, $p<0,01$). Отмечена положительная связь уровней потребления Mg и хлебобулочных изделий ($r=0,270$, $p<0,01$), картофеля ($r=0,225$, $p<0,01$), овощей ($r=0,381$, $p<0,01$), фруктов ($r=0,297$, $p<0,01$), мяса ($r=0,196$, $p<0,01$) и рыбы ($r=0,122$, $p<0,05$). Корреляционный анализ по Спирману не выявил связи уровня потребления Mg с возрастом и уровнем АД.

Заключение. Среднее потребление Mg у обследованных пациентов ниже рекомендованной величины. У большинства пациентов (82,5%) отмечено недостаточное потребление Mg. Профиль потребления Mg имеет гендерные особенности, но не имеет возрастных отличий. Потребление Mg связано с уровнем потребления овощей, фруктов, картофеля, хлебобулочных изделий, мяса и рыбы, а также пищевых волокон, Na, K и Ca, витаминов А, В₁, В₂, РР и С. Уровень потребления Mg выше у лиц, придерживающихся протективного характера питания.

027 ПРОФИЛЬ ПОТРЕБЛЕНИЯ ФРУКТОВ У ПАЦИЕНТОВ С АЛИМЕНТАРНО-ЗАВИСИМЫМИ ФАКТОРАМИ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Карамнова Н. С., Измайлова О. В., Калинина А. М.

ФГБУ “Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины” Минздрава России, Москва, Россия

Цель. Изучить потребление фруктов в группе пациентов с алиментарно-зависимыми факторами риска ССЗ (избыточная масса тела, ожирение, нарушения липидного и углеводного обмена).

Материал и методы. Обследовано 263 жителя г. Москвы (87 мужчин и 176 женщин), обратившихся к диетологу в течение 6-ти месяцев 2012 г. Оценка фактического питания выполнена с помощью программы “Анализ состояния питания человека” версия 1.2.4. Средний возраст мужчин составил 47,8±12,4 года, женщин 52,9±13,5 лет. Пациенты в возрасте до 40 лет составили 22,4%, лица 40-59 лет — 52,1% и 25,5% пациенты старше 60 лет. Лица, имеющие дефицит массы тела (МТ) составили 1,1%, пациенты с нормальной МТ — 31,2%, избыточную МТ имели 35,7%, а ожирение — 31,9% пациентов.

Результаты. Среднее суточное потребление фруктов среди обследованных составило 327,4±14,7 г. среди женщин — 344,4±17,9 г и среди мужчин 293,2±25,4 г в день среди мужчин, без достоверных гендерных различий. С возрастом отмечено увеличение потребления фруктов, однако без статистической достоверности. Так, лица моложе 40 лет потребляли 302,3±33,4 г фруктов в день, пациенты в возрасте 40-59 лет — 317,4±18,9 г, а лица старше 60 лет — 370,1±31,2 г. Отмечено возрастающее потребление фруктов с увеличением массы тела, но также без статистической достоверности. Так, уровень потребления фруктов среди лиц, имеющих дефицит МТ, составил 314,1±151,9 г в день, у лиц с нормальной МТ — 313,6±26,5 г, среди пациентов с избыточной МТ — 340,2±26,4 г, а среди лиц с ожирением — 327,2±23,9 г в день. Достоверной разницы в потреблении фруктов у пациентов при наличии артериальной гипертензии и липидных нарушений также не отмечено. Отмечена положительная корреляция

по Spearman’s профиля потребления фруктов с уровнем риска по шкале SCORE ($r=0,152$; $p<0,05$), с диетическими ограничениями в рационе ($r=0,151$; $p<0,05$), с уровнем потребления овощей ($r=0,248$; $p<0,0001$), молочных продуктов ($r=0,215$; $p<0,0001$) и отрицательная — с уровнем потребления алкогольных напитков ($r=-0,128$; $p<0,05$). Положительная корреляция отмечена и к уровню потребления углеводов ($r=0,165$; $p<0,05$), пищевых волокон ($r=0,254$; $p<0,0001$), калия ($r=0,568$; $p<0,0001$), кальция ($r=0,320$; $p<0,0001$), магния ($r=0,297$; $p<0,0001$), железа ($r=0,440$; $p<0,0001$), витаминов: А ($r=0,178$; $p<0,05$), В₁ ($r=0,126$; $p<0,05$), В₂ ($r=0,256$; $p<0,0001$) и витамина С ($r=0,588$; $p<0,0001$).

Заключение. Профиль потребления фруктов у обследованных пациентов с алиментарно-зависимыми факторами риска постоянен и соответствует рекомендованному уровню потребления в рамках рациона здорового питания. Различий по полу, возрасту и уровню алиментарно-зависимых факторов риска в потреблении фруктов не выявлено. В характере питания обследованных пациентов уровень потребления фруктов положительно коррелировал с потреблением овощей и молочных продуктов и отрицательно с алкогольными напитками. Это позволяет заключить, что высокое присутствие фруктов в рационе определяет оздоровительный характер питания.

028 ПРОФИЛЬ ПОТРЕБЛЕНИЯ КРАСНОГО МЯСА У ПАЦИЕНТОВ С АЛИМЕНТАРНО-ЗАВИСИМЫМИ ФАКТОРАМИ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Карамнова Н. С., Измайлова О. В., Калинина А. М.

ФГБУ “Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины” Минздрава России, Москва, Россия

Цель. Изучить профиль потребления изделий и блюд из красного мяса в группе пациентов с алиментарно-зависимыми факторами риска ССЗ (избыточная масса тела, ожирение, нарушения липидного и углеводного обмена).

Материал и методы. Обследовано 263 жителя г. Москвы (87 мужчин и 176 женщин), обратившихся к диетологу в течение 6-ти месяцев 2012 г. Оценка фактического питания выполнена с помощью программы “Анализ состояния питания человека” версия 1.2.4. Средний возраст мужчин составил 47,8±12,4 года, женщин — 52,9±13,5 лет. Пациенты в возрасте до 40 лет составили 22,4%, лица 40-59 лет — 52,1% и 25,5% пациенты старше 60 лет. Лица, имеющие дефицит массы тела (МТ) составили 1,1%, пациенты с нормальной МТ — 31,2%, избыточную МТ имели 35,7%, а ожирение — 31,9% пациентов.

Результаты. Среднее суточное потребление красного мяса среди обследованных составило 114,4±4,6 г. Отмечены достоверные гендерные различия, так, мужчины потребляли больше мяса чем, женщины: 155,1±9,5 г в день против 94,3±4,2 г, соответственно, $p<0,001$. С возрастом отмечено достоверное снижение потребления красного мяса. Так, лица моложе 40 лет потребляли 150,9±11,5 г в день, пациенты в возрасте 40-59 лет — 107,9±6,1 г, а лица старше 60 лет — 95,3±6,7 г, при $p<0,05$. Пациенты с ожирением имели более высокий уровень потребления красного мяса, однако, без статистической достоверности. Лица, имеющие дефицит МТ, потребляли 106,6±99,3 г красного мяса в день, лица с нормальной МТ — 107,9±7,2 г, пациенты с избыточной МТ — 107,9±7,2 г, а лица с ожирением — 128,1±8,9 г. Отмечена положительная корреляция по Spearman’s профиля потребления красного мяса с курением ($r=0,152$; $p<0,05$), с потреблением белка ($r=0,173$; $p<0,005$), общего жира ($r=0,178$; $p<0,005$), картофеля ($r=0,189$; $p<0,001$), яиц ($r=0,180$; $p<0,005$) и алкогольных напитков ($r=0,278$; $p<0,0001$). Положительная корреляция отмечена и с уровнем потребления калия ($r=0,171$; $p<0,005$), магния ($r=0,196$; $p<0,001$), железа ($r=0,275$; $p<0,0001$), витаминов В₁ ($r=0,285$; $p<0,0001$) и В₂ ($r=0,195$; $p<0,01$), витамина РР ($r=0,422$; $p<0,0001$), натрия ($r=0,430$; $p<0,0001$). При этом выявлена отрицательная корреляция профиля потребления

красного мяса с уровнем в рационе питания ПНЖК ($r = -0,215$; $p < 0,0001$) и общих углеводов ($r = -0,313$; $p < 0,0001$).

Заключение. Среди обследованных пациентов отмечены гендерные и возрастные особенности потребления красного мяса. Статистически достоверной ассоциированности алиментарно-зависимых факторов риска и уровня потребления красного мяса не выявлено. Потребление красного мяса положительно коррелирует с уровнем потребления алкогольных напитков и картофеля, а также с более высоким присутствием в рационе питания животных жиров и натрия. В целом следует отметить, что высокое потребление красного мяса определило у обследованных пациентов несбалансированный характер питания, обусловленный в первую очередь недостаточным присутствием в рационе общих углеводов.

029 РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ НЕКОТОРЫХ СОМАТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА И АССОЦИИ С УРОВНЯМИ ЛИЧНОСТНОЙ ТРЕВОЖНОСТИ У МУЖЧИН ОТКРЫТОЙ ПОПУЛЯЦИИ

Каюмова М. М., Гакова Е. И., Акимова Е. В.

Тюменский кардиологический научный центр, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук, Томск, Россия

Цель. Установить распространенность артериальной гипертензии (АГ) и избыточной массы тела (ИМТ) в открытой популяции и их ассоциации с уровнями личностной тревожности (ЛТ) у мужчин 25-64 лет г. Тюмени.

Материал и методы. Репрезентативную выборку из взрослого мужского населения Центрального административного округа города, стратифицированную по возрасту, формировали математическим методом в компьютерном варианте с использованием таблиц случайных чисел. Критериями включения в популяционную выборку были лица мужского пола в возрасте 25-64 лет на момент проведения обследования, прописанные и проживающие на территории Центрального административного округа г. Тюмени (1000 человек), отклик на кардиологический скрининг составил 85,0%. Значения систолического и диастолического артериального давления оценивались по классификации ЕОАГ/ЕОК. ИМТ определялась на основании традиционного индекса Кетле II или индекса массы тела, рассчитанного по формуле: $\text{вес(кг)}/\text{рост}^2(\text{м}^2)$. У лиц с индексом массы тела $>25,0 \text{ кг}/\text{м}^2$ регистрировалась ИМТ. Для оценки ЛТ предлагался бланк шкалы самооценки Спилбергера, состоящий из 20 утверждений. ЛТ интерпретировалась как низкая, средняя, высокая.

Результаты. Распространенность АГ у мужчин 25-64 лет составила 48,7%. С увеличением возраста распространенность АГ возрастала, существенно увеличиваясь при переходе от третьего к четвертому и от четвертого к пятому десятилетиям жизни (20,3% — 55,3%, $p < 0,001$; 55,3% — 68,8%, $p < 0,01$, соответственно в возрастных группах 25-34, 35-44 и 45-54 лет). Статистически значимые различия распространенности АГ с общепопуляционным показателем выявлены в возрастных группах 25-34, 45-54 и 55-64 лет. Распространенность ИМТ была выявлена у 66,4% мужчин открытой популяции, существенный рост показателя в возрастном диапазоне отмечался в третьем-четвертом десятилетиях жизни (51,4% — 73,7%, $p < 0,001$). Распространенность общепопуляционного показателя ИМТ имела существенные различия с показателем в младшей возрастной категории 25-34 лет. У мужчин 25-64 лет распространенность высокого уровня личностной тревожности составила 36,6%, среднего уровня ЛТ — 55,8%. При анализе распространенности уровней личностной тревожности в группах лиц с наличием соматических ФР ИБС были установлены ассоциации с уровнями ЛТ. Так, распространенность соматических ФР ИБС была достоверно выше при среднем и высоком уровнях ЛТ сравнительно с распространенностью показателей при низком уровне ЛТ. В то же время,

распространенность как АГ, так и ИМТ была существенно выше и при среднем уровне ЛТ относительно распространенности показателей при высоком ее уровне.

Заключение. Таким образом, в открытой городской популяции у мужчин 25-64 лет в группах с наличием соматических ФР ИБС преобладают средние и высокие уровни личностной тревожности, что необходимо учитывать при разработке научно обоснованных профилактических программ в изучаемом регионе.

030 АССОЦИИИ ОТНОШЕНИЯ К СВОЕМУ ЗДОРОВЬЮ И ПРОФИЛАКТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН ОТКРЫТОЙ ПОПУЛЯЦИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ ОБРАЗОВАНИЯ

Каюмова М. М.^{1,2}, Гакова Е. И.^{1,2}, Гафаров В. В.², Кузнецов В. А.¹

¹Тюменский кардиологический научный центр, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук, Томск; ²Межведомственная лаборатория эпидемиологии сердечно-сосудистых заболеваний РАН, Новосибирск-Томск-Тюмень, Россия

Цель. Изучение отношения к своему здоровью и профилактике заболеваний у мужчин и женщин открытой городской популяции в зависимости от уровня образования.

Материал и методы. Исследование проводилось в рамках кардиологического скрининга на открытой городской популяции среди мужчин и женщин в возрасте 25-64 лет. Из избирательных списков граждан Центрального административного округа г. Тюмени была сформирована репрезентативная выборка в количестве 2000 человек, по 250 человек в каждой поло-возрастной группе (25-34, 35-44, 45-54, 55-64 лет). Обследование было проведено с откликом 85,0% у мужчин и 70,5% у женщин. По уровню образования респонденты разделялись на 3 категории — начальное, среднее и высшее образование. Анкетирование респондентов проводилось по алгоритмам программы ВОЗ “Моника-психосоциальная”. Анкета ВОЗ “Знание и отношение к своему здоровью”. Статистический анализ проводился с помощью пакета программ SPSS 11.5 Statistics, версия 22.0.

Результаты. На вопрос: “Если на работе Вы почувствовали себя не совсем хорошо, что Вы делаете?”, меньшая часть опрошенных мужчин и женщин дали ответ: “Обращаюсь к врачу”. Мужчин со средним уровнем образования, продолжающих работу при плохом самочувствии, оказалось достоверно меньше, чем женщин того же уровня образования при данном варианте ответа (35,6% и 47,2%, соответственно, $p < 0,001$). В то же время, мужчин, имеющих высшее образование, которые продолжали работать даже после того, как на работе почувствовали себя не совсем хорошо, оказалось существенно меньше по сравнению с женщинами высшего уровня образования при данном варианте ответа (36,3% и 47,1%, $p < 0,01$). Мужчины с высшим уровнем образования достоверно чаще оставались дома и делали все возможное, чтобы поскорее вернуться на работу, по сравнению с мужчинами, имеющими средний уровень образования (51,9% и 41,0%, $p < 0,01$).

Заключение. Таким образом, ассоциации параметров отношения к своему здоровью и профилактике с уровнем образования установлены у мужчин открытой городской популяции. Анализ результатов исследования показал, что высший уровень образования может служить протективным фактором для сохранения здоровья мужчин трудоспособного возраста, поскольку именно мужчины с высшим уровнем образования в случае неудовлетворительного самочувствия делали все возможное, чтобы поскорее выйти на работу. Выявлено более адекватное отношение к своему здоровью при среднем уровне образования у мужчин сравнительно с женщинами. При высшем уровне образования у мужчин сравнительно с женщинами также показано лучшее отношение к своему здоровью.

031 РЕЗУЛЬТАТЫ ГОДИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У СТУДЕНТОВ МОСКОВСКИХ ВУЗОВ

Кимициди М. Г., Зволинская Е. Ю., Серажим А. А.
ГБУЗ “ГП №6 ДЗМ”, Москва; ФБГУ “ГНИЦ профилактической медицины” Минздрава России, Москва, Россия

Цель. Оценить результаты годичного профилактического вмешательства у студентов двух высших учебных заведений города Москвы.

Материал и методы. Обследовано 1912 студентов-первокурсников обоего пола Московского государственного медико-стоматологического университета и Российского химико-технологического университета, г. Москва. Характеристика группы: 221 юношей и 220 девушек, средний возраст 17,7 лет. Обследование включало: анкетный опрос (паспортные данные, сведения о наследственности, наличии хронических заболеваний и сведения о принимаемых препаратах); заполнение опросников по курению, уровню физической активности (ФА), употреблению алкоголя, частотный опросник по питанию. Клинический осмотр предусматривал: антропометрию (измерение окружности талии (ОТ), а также роста и массы тела с последующим расчетом индекса массы тела (ИМТ), измерение артериального давления (АД). Дополнительно всем лицам с повышенными уровнями АД, избыточной массы тела (ИзбМТ) и ожирением определялся уровень общего холестерина крови (ОХС), оценивались уровни липопротеидов высокой плотности (ЛВП), триглицеридов (ТГ), глюкозы.

Студенты с факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний (ФР ССЗ) были поделены на группу вмешательства (ГВ) — 205 человек и группу сравнения (ГС) — 220 чел. В ГВ в течение 12 месяцев проводилось индивидуальное профилактическое консультирование по основным ФР ССЗ с предоставлением памяток. Через 12 мес. все лица, вошедшие в ГВ и ГС, прошли повторное обследование по той же программе, что и первичное обследование с оценкой его результатов по тем же критериям.

Результаты. В ГС динамика АД оказалась более выраженной, чем в ГВ, и через 12 месяцев обе группы стали достоверно различаться. Существенных сдвигов в отношении ИМТ и ОТ внутри каждой группы не произошло. В ГВ удалось достоверно снизить уровни ОХС, ТГ и глюкозы. Увеличился уровень ЛВП. В ГС наоборот — уровень ЛВП уменьшился ($p < 0,01$), а глюкозы — возрос. За период наблюдения ФА возросла в обеих группах. Динамика в ГВ была более выраженной, так что к концу наблюдения группы стали достоверно различаться ($p < 0,001$).

Заключение. Таким образом, за год индивидуального профилактического вмешательства среди студентов удалось стабилизировать прирост АД, положительно повлиять на липидный спектр крови, глюкозу и оптимизировать уровень физической активности. Для достижения результатов в борьбе с ИзбМТ и ожирением, вероятно, требуется применение не только индивидуальной, но и популяционной стратегии профилактики.

032 ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ И НЕКОТОРЫХ ФАКТОРОВ РИСКА СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В КРАСНОДАРСКОМ КРАЕ

Коваленко Ф. А., Скибицкий В. В.
ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России, Краснодар, Россия

Артериальная гипертензия (АГ) является одним из самых распространенных заболеваний и ведущим фактором риска развития осложнений, приводящих к летальным исходам,

от которого страдает примерно от 30% до 45% взрослого населения земного шара. По показателям исследования ЭССЕ РФ распространенность АГ в России составила 43,5% (у мужчин и женщин — 45,4% и 41,6%, соответственно). АГ в значительной мере предотвратима или поддается контролю посредством устранения общих факторов риска, а именно: табакокурения, нездорового режима питания, недостаточной физической активности и высокого уровня стресса. Эти обстоятельства приводят к выводу о том, что определение взаимосвязи распространенности факторов риска АГ с частотой встречаемости самого заболевания является важным шагом при создании эффективной системы борьбы с данной патологией на доклиническом этапе. Вместе с тем особое значение в этом отношении может иметь изучение сопряженности этих факторов в зависимости от пола.

Цель. Изучить гендерные особенности пищевого поведения и факторов риска неинфекционных заболеваний у больных АГ Краснодарского края.

Материал и методы. Обследованы 104 пациента с АГ, включая, 54 мужчин и 50 женщин в возрасте от 18 до 60 лет. Средний возраст составил для мужчин — $39,7 \pm 16,4$ лет и $39,2 \pm 16,2$ для женщин. Лицам, включенным в исследование, было проведено анкетирование для выявления статуса табакокурения, уровней стресса и физической активности. Объективное обследование включало измерение артериального давления, антропометрических параметров (роста, массы тела, окружности талии, распределение жировой ткани) с вычислением индекса массы тела. Анкетирование пищевого поведения предусматривало выявление с помощью специальных анкет собственной разработки особенностей употребления как вредных, так и полезных питательных ингредиентов, влияющих на риск развития АГ. Статистическую обработку данных проводили с использованием компьютерной программы “Statistica 6.1”.

Результаты. При изучении показателей в зависимости от пола установлено, что у мужчин в сравнении с женщинами выявилась достоверно большая частота табакокурения ($25,9 \pm 5,96\%$ против $8 \pm 3,83\%$; $p < 0,05$) и повышенного индекса массы тела ($66,7 \pm 6,41\%$ против $46 \pm 7,05\%$; $p < 0,05$). Женщины достоверно чаще употребляли в пищу овощи и фрукты ($76 \pm 6,04\%$ против $55,5 \pm 6,76\%$; $p < 0,05$) и цельнозерновые хлебобулочные изделия ($46 \pm 7,05\%$ против $24,1 \pm 5,82\%$; $p < 0,05$). Уровни стресса, физической активности, а также прочие данные пищевого поведения оказались сопоставимы.

Заключение. Таким образом, можно полагать, что пищевое поведение женщин в большей мере приближено к стандартам здорового питания, чем мужское. У мужчин с АГ достоверно чаще, чем у женщин, встречалась избыточная масса тела, а также такой фактор риска, как табакокурение, что говорит о необходимости дальнейшей интенсификации профилактики и более углубленного исследования.

033 ОСОБЕННОСТИ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ И НЕКОТОРЫХ ФАКТОРОВ РИСКА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЫ

Коваленко Ф. А., Скибицкий В. В.
ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России, Краснодар, Россия

Артериальная гипертензия (АГ) — одно из самых распространенных заболеваний на земном шаре, от которого страдает до 45% взрослого населения в зависимости от региона проживания. Например, в России, эта цифра составляет около 40% населения страны. Немаловажную роль в предотвращении увеличения распространенности АГ играет устранение общих факторов риска, а именно: табакокурения, нездорового режима питания, недостаточной физической активности и высокого уровня стресса. Причем, необходимо учитывать не только сами факторы риска, но и возрастные

особенности их распространенности, в том числе в зависимости от региона проживания пациента.

Цель. Изучить возрастные особенности пищевого поведения и факторы риска неинфекционных заболеваний у пациентов с АГ в Краснодарском крае.

Материал и методы. Обследованы 104 пациента с АГ: 54 мужчин и 50 женщин в возрасте от 18 до 60 лет. Средний возраст составил для мужчин — $39,7 \pm 16,4$ и $39,2 \pm 16,2$ для женщин. Участники исследования были анкетированы с целью выявления уровня физической активности и стресса, а также пристрастия к табакокурению. Обследуемым измеряли артериальное давление, антропометрические параметры (рост, массу тела, окружность талии, распределение жировой ткани), высчитывали индекс массы тела. Используя специальные анкеты собственной разработки, выявляли особенности употребления в пищу вредных и полезных питательных ингредиентов, имеющих связь с развитием АГ. Лабораторное исследование включало определение уровней глюкозы и холестерина в периферической крови. Статистическую обработку данных проводили с использованием компьютерной программы “Statistica 6.1”.

Результаты. Среди пациентов в возрасте от 18 до 34 лет по сравнению с группой пациентов от 35 до 60 лет было обнаружено достоверное превалирование частоты встречаемости среднего уровня стресса ($80,9 \pm 6,05\%$ против $58,1 \pm 5,27\%$; $p < 0,05$). Пациенты же старшей возрастной группы имели более высокую частоту встречаемости избыточной массы тела ($69,3 \pm 5,85\%$ против $38,1 \pm 7,49\%$; $p < 0,05$) и повышенного уровня холестерина ($72,6 \pm 5,66\%$ против $19,1 \pm 6,05\%$; $p < 0,05$).

Обе группы обследованных также имели особенности в пищевом поведении. Так, пациенты от 18 до 34 лет достоверно чаще употребляли в пищу продукты “быстрого питания” ($26,2 \pm 6,78\%$ против $9,7 \pm 3,75\%$; $p < 0,05$) и кофе — 2 и более чашки в день ($71,4 \pm 6,97\%$ против $38,7 \pm 6,18\%$; $p < 0,05$), а пациенты возрастной группы от 35 до 60 лет имели достоверно более высокие показатели частоты употребления хлебобулочных изделий ($61,3 \pm 6,18\%$ против $30,9 \pm 7,13\%$; $p < 0,05$) и поваренной соли ($30,9 \pm 7,13\%$ против $56,4 \pm 6,3\%$; $p < 0,05$).

Заключение. Таким образом, согласно выявленным особенностям пищевого поведения, в профилактике АГ среди лиц молодого возраста стоит особое внимание уделять разъяснению вреда частого употребления продуктов “быстрого питания”, лицам же старшей возрастной группы необходимо рекомендовать вес-снижающие методики и уменьшение употребления соли.

034 АЛГОРИТМ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ И ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ БОЛЕЗНЕЙ У ДЕТЕЙ

Кожеевникова О. В., Намазова-Баранова Л. С.
ФГАУ “ННПЦЗД” Минздрава России, Москва, Россия

Цель. Создание научно-обоснованного алгоритма раннего выявления факторов риска развития сердечно-сосудистых болезней у детей для формирования персонализированных профилактических программ.

Материал и методы. Обследовано 854 детей в возрасте 3-17 лет с нормальным ($n=506$) и повышенным ($n=348$) индексом массы тела, 493 мальчика и 358 девочек. Исследование проводилось на трех независимых выборках: I- исследовались показатели функции крупных артерий и центральной и периферической гемодинамики у 502 детей (TensioMed, Венгрия); II — суточное мониторирование артериального давления и электрокардиография (ЭКГ) (Astrocard, Russia) — 232; III — параметры ночного сна методом полисомнография (Embla-S7000, США) у 120 детей, из них у 16 детей применена система непрерывного мониторирования уровня глюкозы (Guardian, США).

Результаты. Впервые в российском популяционном исследовании изучена функция крупных артерий, центральная и периферическая гемодинамика методом неинвазивной осциллометрической артериографии у практически здоровых

детей и созданы центильные таблицы каждого показателя. Показаны особенности их изменений в зависимости от индекса массы тела, пола и роста. Предложен метод комплексной оценки параметров функции крупных артерий, центральной и периферической гемодинамики на ранних этапах развития патологии.

При сравнении результата исследования функции крупных артерий в российской популяции с международными данными результаты совпали, но отмечена и “российская специфика”, которая свидетельствует о наличии в нашей стране дополнительных факторов риска развития сердечно-сосудистых болезней и необходимости начала профилактических мероприятий в младшем школьном возрасте. Рост ≥ 85 -го перцентиля половозрастной нормы, показан как фактор риска развития сердечно-сосудистых болезней у детей.

По данным комбинированного суточного мониторирования АД и ЭКГ показана необходимость анализа суточной гемодинамики у детей для выявления характера и степени нарушения артериального давления. Более часто встречающаяся гипотензия при суточном мониторировании АД и наличие у детей с хронической патологией ЛОР-органов маскированной (ночной) гипертензии также подтверждают эту необходимость.

62% детей всей выборки имели признаки электрической нестабильности миокарда желудочков (удлинение электрической систолы желудочков (QT) на $0,06-0,16$ с ночью), значимо чаще при гипотензии, а также у пациентов с гипотензией днем и гипертензией ночью ($p=0,027$), которая была ассоциирована с хронической патологией ЛОР-органов. По результатам обследования методом суточного мониторирования АД и ЭКГ, а также полисомнографии показано, что хроническая патология ЛОР-органов с назальной обструкцией, особенно в сочетании с повышенным индексом массы тела, являются дополнительными факторами риска развития сердечно-сосудистых болезней у детей.

Заключение. Показана мультидисциплинарность и научно обоснован алгоритм персонализированного подхода к выявлению факторов риска развития и профилактике сердечно-сосудистых болезней у детей групп риска.

035 ИЗБЫТОЧНАЯ МАССА ТЕЛА И ОЖИРЕНИЕ У СТУДЕНТОВ: ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА И РАЗВИТИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

Колосов Ю. А., Анищенко А. П., Бурдюкова Е. В., Гуревич К. Г.
ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет им. А. И. Евдокимова Минздрава России, Москва, Россия

Цель. Определить в сравнительном аспекте распространенность избыточной массы тела и ожирения среди студентов разных регионов Российской Федерации, изучить распространенность поведенческих факторов риска и патологии сердечно-сосудистой системы среди студентов в зависимости от наличия или отсутствия избытка массы тела и выявить особенности микроэлементного статуса у студентов при развитии нарушений массы тела. Определить состояние здоровья студентов разных групп по результатам диспансеризации и различия в учебной и внеучебной нагрузки в зависимости от наличия или отсутствия избыточной массы тела. Разработать программы коррекции нутритивного статуса.

Материал и методы. Опрос, антропометрия, электрокардиография, измерение артериального давления, биоимпедансный анализ тела, анализ волос и ногтей на микроэлементы, биохимический анализ крови.

Результаты. Разработать и оценить эффективность программы коррекции нутритивного статуса студентов и снижения уровня заболеваний сердечно-сосудистой системы, общей заболеваемости и повышения успеваемости студентов.

Заключение. Разработанные программы коррекции нутритивного статуса студентов, в зависимости от региона их про-

живания, позволят снизить распространенность поведенческих факторов риска развития избытка массы тела и ожирения, уменьшить частоту возникновения заболеваний сердечно-сосудистой системы, а также улучшить общее состояние здоровья и успеваемость студентов.

Работа выполнена в рамках Гранта Президента в поддержку молодых ученых — кандидатов наук МК-3435.2017.8.

036 СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА В КРАСНОЯРСКОМ КРАЕ ПО МАТЕРИАЛАМ ИССЛЕДОВАНИЯ ЭССЕ-РФ И ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ

Кутумова О. Ю., Евсюков А. А.

ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России, Красноярск, Россия

Цель. Оценить распространенность поведенческих факторов риска по материалам исследования ЭССЕ-РФ и данным анкетирования при проведении диспансеризации взрослого населения в Красноярском крае за аналогичный период наблюдения.

Материал и методы. В рамках исследования ЭССЕ-РФ было включено 1603 человека в возрасте 25-64 лет, отобранных путем систематической стратифицированной многоступенчатой рандомизации среди населения, прикрепленного к четырем поликлиникам г. Красноярск и Березовской районной больнице Красноярского края. Все включенные в исследование подвергались анкетированию. Анкетирование взрослого населения Красноярского края в ходе диспансеризации проводилась в рамках приказов 1006н и 36ан 2013–2016 годов.

Результаты. Средняя распространенность артериальной гипертензии (АГ) в Красноярском крае по данным исследования ЭССЕ-РФ оказалась достаточно высока — 49,4%, что выше среднероссийских показателей (44,0%). Распространенность АГ выше среди мужчин (56,3%), нежели женщин (43,7%), в то время как по результатам анкетирования в ходе диспансеризации взрослого населения распространенность АГ составляла 9,7% — 14,7%. Распространенность курения по данным исследования ЭССЕ-РФ 2013–2017гг в Красноярском крае составила 25,4% по данным диспансеризации 11,8% — 20,1%. Дефицит потребления свежих овощей и фруктов (менее 400 грамм в сутки) по данным диспансеризации взрослого населения Красноярского края 2013–2016 годов варьирует от 20,4% до 24,1%, что значительно реже, чем по данным ЭССЕ-РФ, где показатель составляет 39%. Данные ЭССЕ-РФ по распространенности поведенческих факторов риска в Краснодарском крае совпадают с данными аналогичных исследований, проведенных в 13 регионах РФ в 2014–2015 годах.

Заключение. Выявляемость поведенческих факторов риска таких как курение, дефицит потребления свежих овощей и фруктов (менее 400 грамм в сутки), повышенное артериальное давление, низкий уровень физической активности, по данным анкетирования в ходе диспансеризации взрослого населения 2013–2016гг, является недостаточно высокой, вследствие некачественного заполнения анкет со стороны лиц, подлежащих диспансеризации, и низкого контроля и анализа заполненных анкет со стороны медицинских работников первичного звена. Это приводит к недооценке фактических факторов риска и снижению качества профилактической работы в первичном звене здравоохранения.

037 СОСТОЯНИЕ ИНДИВИДУАЛЬНОГО УРОВНЯ ЗДОРОВЬЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ И ЕГО ОЦЕНКА КАК НОВОЕ НАПРАВЛЕНИЕ В ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЕ

Лебедева О. Д., Бокова И. А., Яковлев М. Ю., Ташполотов А. Э., Лебедев Г. А., Усмонзода Д. У.

ФГБУ “Российский научный центр медицинской реабилитации и курортологии Минздрава РФ”, Москва; ГАУЗ МНПЦ МРВСМ ДЗМ, Москва, Россия; “Кыргызский НИИ курортологии и восстановительного лечения”, Бишкек, Кыргызстан

Цель. В последние годы широко применяются методики экспресс-диагностики функционального состояния организма, на базе программно-технических комплексов разработаны и внедрены диагностические модули оценки функциональных резервов организма и выявления лиц групп риска развития распространенных неинфекционных заболеваний (И. П. Бобровницкий и соавт., 2011., 2012; С. М. Разинкин и соавт., 2011.; Лебедева О. Д. и соавт., 2016).

Это новое направление в области восстановительной медицины позволяет оценить индивидуальный уровень здоровья каждого человека, обеспечить активную профилактику и восстановительную коррекцию обнаруженных дисфункций и в дальнейшем привести к экономической эффективности проводимого медикаментозного и немедикаментозного лечения. Кроме того, использование аппаратно-программных комплексов значительно сокращает время профилактического осмотра и последующую обработку результатов.

Материал и методы. В настоящем исследовании мы использовали разработанный в РНЦ “Медицинской реабилитации и курортологии” аппаратно-программный комплекс “Резервы здоровья”. Материалом исследования послужили сотрудники “Кыргызского НИИ курортологии и восстановительного лечения” (355 чел) и работники (187 чел) санатория “Голубой Иссък-Куль” в возрасте от 16 до 74 лет (ср. возраст 44,2).

Результаты. Результаты исследования показали, что в I диспансерную группу (практически здоровые) вошли лишь 35 чел (6,45%), во II группу (лица, с риском развития сердечно-сосудистых заболеваний) — 29 чел. (5,35%), в III группу (лица, нуждающиеся в дополнительном обследовании для уточнения диагноза) — 197 чел. (36,35%) и в IV группу (лица, нуждающиеся в дополнительном обследовании и лечении в стационарных условиях) — 281 чел. (51,85%).

Использование методики оценки индивидуального уровня здоровья у медицинских работников двух учреждений обнаружило неутешительную картину: более половины сотрудников имели хронические сердечно-сосудистые заболевания в стадии ремиссии, третья часть нуждалась в уточнении диагноза и только около 12% можно было отнести к практически здоровым лицам и имеющим минимальный риск развития распространенных сердечно-сосудистых заболеваний.

Заключение. Таким образом, сделан вывод о том, что необходимо в каждом учреждении выделить освобожденного доверенного врача, который должен дополнительно обследовать, консультировать и заниматься диспансеризацией и профилактикой сердечно-сосудистых и других социально значимых заболеваний у сотрудников.

038 АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЯ И ВРЕДНЫЕ ФАКТОРЫ ТРУДА У РАБОТНИКОВ ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНОГО ТРАНСПОРТА

Леушина Е. А., Сатюкова О. А.

ФГБОУ ВО “Кировский государственный медицинский университет” Министерства здравоохранения Российской Федерации, Киров, Россия

Цель. Провести анализ вредных факторов труда у работников железнодорожного транспорта, страдающих артериальной гипертензией.

Материал и методы. Проведено проспективное исследование на базе НУЗ “Отделенческая клиническая больница на станции Киров” ОАО “Российские железные дороги”. Было обследовано 30 человек (23% женщин и 77% мужчин), средний возраст которых составил $53 \pm 9,6$ лет. Проведен опрос о вредных факторах труда на железной дороге.

Результаты. По данным опроса работники железнодорожного транспорта отметили следующие вредные факторы труда: не благоприятный температурный режим (63,3%), влажность, скорость движения воздуха (26,6%), магнитное поле (56,6%), вибрация (46,6%), тяжелая физическая нагрузка (36,6%), производственный шум (63,3%), вдыхание аэрозолей/паров (36,6%), отсутствие/недостаточность должного естественного освещения (36,6%), искусственный свет (46,6%), ненормированный рабочий день (50,0%), наличие ночных смен (60,0%), длительность смены более 8 часов (86,6%), отсутствие регламентированных перерывов во время работы (53,3%), нерегулярное питание (70,0%), повышенная концентрация внимания (66,6%), высокая ответственность и значимость ошибки (93,3%), риск для собственной жизни, связанный с исполнением обязанностей (50,0%), ответственность за безопасность других людей (83,3%), интеллектуальные нагрузки (восприятие сигналов и их оценка/степень сложности задания/характер выполняемой работы) (63,3%).

Заключение. Таким образом, в ходе исследования выявлено, что работники железнодорожного транспорта, страдающие артериальной гипертонией, отмечают высокую ответственность в работе и значимость ошибки, длительность смены более 8 часов, ответственность за безопасность других людей, нерегулярное питание, повышенную концентрацию внимания, неблагоприятный температурный режим (жара/холод), производственный шум, интеллектуальные нагрузки, наличие ночных смен. Необходимо разработка санитарно-гигиенических мероприятий, направленных на создание методов обязательного контроля за состоянием производственной среды.

039 ВЛИЯНИЕ НЕЙРОГОРМОНАЛЬНЫХ, МЕТАБОЛИЧЕСКИХ, МИКРОЦИРКУЛЯТОРНЫХ НАРУШЕНИЙ В РАЗВИТИИ НЕЙРОФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ И ЛОГОПЕДИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Литвиненко А. А., Ойноткинова О. Ш., Шкловский Б. Л., Хромкова М. А.

Российский Национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова, кафедра пропедевтики внутренних болезней и лучевой диагностики, Москва, Россия

Цель. Изучение влияния нейрогормональных факторов на развитие тяжести логопедических нарушений у лиц молодого возраста и разработка методов коррекции.

Материал и методы. Проведено эпидемиологическое исследование, в которое было включено 125 у лиц, страдающих логопедическими дефектами различной степени тяжести. Средний возраст составил $23,8 \pm 1,3$ года. У всех пациентов определяли содержание половых гормонов, нейропептидный комплекс, микроэлементы, проводилось комплексное обследование, включая оценку гемодинамики, нейрофизиологию, психологические тесты Люшера, оценку динамики снижения агрессивности по опроснику Басса-Дарки, генетическое обследование.

Результаты. У 46% пациентов диагностирована дисфункция мозговой основы и гипоталамических структур из-за родовой травмы. Эмоциональное напряжение выявлено у 63%, что особенно опасно для мужского пола. Мозговые признаки дисфункции наблюдались у всех пациентов независимо от возраста логопедические нарушения у лиц с церебральными нарушениями являются качественно неоднородными и обусловлены специфическими двигательными расстройствами вследствие поражения различных структур головного мозга, обеспечивающих моторную реализацию речи. Дисперсионный анализ по основному фактору "группа" выявил достоверные различия: между группами с разным уровнем развития и речи в диапазоне частот альфа-ритма (8-12 Гц): $F(2.241)=5.75$, $\varepsilon=0.1685$, ($p<0.01$). Статистически

достоверные межгрупповые различия в альфа-диапазоне выявлены и при анализе взаимодействия факторов "группа-локализация": $F(30.1965)=2.17$, $\varepsilon=0.1585$, $p<0.001$. Различия между указанными группами в данном диапазоне имеют максимум выраженности в теменно-затылочных отделах. Именно наличие/отсутствие данного фокуса альфа-ритма (а не только его частота) являлось одним из основных критериев зрелости/незрелости возрастной структуры биоритмов в рамках клинического (визуального) анализа при оценке ЭЭГ у обследованных. Выявлен достоверный рост доли незрелого типа ЭЭГ в соответствии со степенью тяжести отклонений в развитии высших психических функций и речи перинатального генеза. Учитывая особенности возрастной динамики незрелого типа ЭЭГ у обследованного контингента, наличие данного типа в раннем возрасте является маркером риска нарушений развития психических процессов, эмоционально волевой сферы, социальной адаптации, обусловленной логопедическим дефектом.

Заключение. Заикание, как осложнение логопедических нарушений следует рассматривать как комплекс патологически развивающихся нейрофизиологических, метаболических, микроциркуляторных систем, обусловленных социальным статусом родителей, отягощенной беременностью или генетически детерминированными факторами.

Работа выполнена при поддержке гранта РГНФ №16-06-00709.

040 ОЦЕНКА ПРИВЕРЖЕННОСТИ К РЕКОМЕНДАЦИЯМ И МЕРОПРИЯТИЯМ КОРРЕКЦИИ ФАКТОРОВ РИСКА У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА ПРИ ДИСТАНЦИОННО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОМ НАБЛЮДЕНИИ

Лямина Н. П., Котельникова Е. В., Наливаева А. В., Сенчихин В. Н., Липчанская Т. П.

НИИ кардиологии ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, Саратов, Россия

Недостаточная приверженность к лечебным мероприятиям приводит к прогрессированию заболевания, появлению осложнений, увеличению обращаемости за медицинской помощью, ухудшению качества жизни. Высокая приверженность к лечению проявляется планомерным сотрудничеством врача и пациента, обсуждением всех особенностей лечения и проблем, возникающих в ходе лечебного процесса на основе двусторонней активной позиции.

Цель. Оценить приверженность пациентов, имеющих факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний, к врачебным рекомендациям, направленным на коррекцию этих факторов, с использованием информационной аналитической системы (ИАС).

Материал и методы. Дистанционное наблюдение осуществлялось с помощью профилактической ИАС "PeaПроф" (ООО НПП "Волготех", Саратов). Во взаимодействии врача и пациента использовался компьютер пациента и врача через удаленный сервер. Во время очного визита пациента с изучением его анамнеза, оценкой его клинического статуса оформлялась карта здоровья, размещенная в специфических модулях ИАС, после заполнения которых автоматически происходила оценка риска и выдавались индивидуальные лечебно-профилактические рекомендации с целью коррекции факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ). Взаимодействие врач-пациент в дальнейшем происходило дистанционно с возможностью индивидуальных сообщений. В исследование было включено 65 человек (41 женщина и 24 мужчины) в возрасте от 18 до 24 лет с факторами риска ССЗ.

Результаты. В группе наблюдаемых врачебные рекомендации формировались на основе наличия и выраженности модифицируемых факторов риска ССЗ. Были выявлены: повышение АД у 38,5% обследуемых, низкая физическая активность у 38,4%, ожирение у 23%, повышенная ЧСС у 13,8%, курение у 21,5% дислипидемия 12,3%. Система

“РеаПроф” имеет возможность автоматической оценки комплаентности по заданным параметрам выполнения индивидуальных профилактических мероприятий. Из всех пациентов 15 (23,1%) активно сотрудничали с врачом, среднюю активность проявили 34 (52,3%) пациента, неактивных было 16 (24,6%) человек. На протяжении наблюдения в течение 6 месяцев наибольшей модификации подверглась ЧСС (снизилась до 6,1%), АГ (до 29,3%) и показатель низкой физической активности (до 21,3%). Недостоверно изменились показатели курения и ожирения. Высокая комплаентность обращения к системе “РеаПроф” была у пациентов, которые помимо корректного заполнения разделов системы активно участвовали во взаимодействии врач-пациент в разделе обмена сообщениями, независимо от того по чьей инициативе осуществлялось взаимодействие.

Заключение. ИАС является средством адаптированной коммуникации “врач-пациент” на основе объективной оценки выполнения врачебных назначений и позволяет повышать приверженность к рекомендациям по модификации образа жизни и профилактике сердечно-сосудистых заболеваний у лиц молодого возраста.

041 ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ СРЕДИ ПОСЕТИТЕЛЕЙ ЦЕНТРА ЗДОРОВЬЯ

Найденова Н. Е.

ОГАУЗ “Томская областная клиническая больница”, Томск, Россия

Цель. Провести анализ гендерных особенностей показателей клинико-лабораторного обследования среди посетителей Центра здоровья для взрослого населения за 2011-2014гг.

Материал и методы. Проанализированы 4 базы данных информационной системы регистрации пациентов и хранения результатов обследования Федеральный комплекс “Центр здоровья” с результатами исследований 30794 посетителей Центра здоровья за 2011-2014гг. Средний возраст обратившихся мужчин (n=7240) — 45,3±15,2; женщин (n=23554) — 48,2±14,3 лет. Определены средние уровни показателей клинико-лабораторного обследования: систолического артериального давления (САД), диастолического артериального давления (ДАД), индекса массы тела, глюкозы и холестерина в крови, содержания угарного газа в выдыхаемом воздухе. Для статистической обработки результатов использовался пакет статистических программ Statistica 8.0.

Результаты. Установлено, что средние показатели индекса массы тела характеризовались его повышением как у мужчин, так и у женщин (26,7±4,8 кг/м² и 27,5±6,2 кг/м², соответственно). При сравнении средних уровней САД, ДАД, индекса массы тела, глюкозы и холестерина в крови, содержания угарного газа в выдыхаемом воздухе в зависимости от пола установлены статистически значимые гендерные различия по изучаемым показателям. Так, у мужчин был достоверно выше, чем у женщин средний уровень САД (соответственно: 133,3±17,0 мм рт.ст. и 127,6±19,8 мм рт.ст. при p<0,05), средний уровень ДАД (соответственно: 83,3±12,0 мм рт.ст. и 81,3±12,1 мм рт.ст. при p<0,05), уровень глюкозы в крови (соответственно: 4,6±1,1 ммоль/л и 4,4±1,0 ммоль/л при p<0,05), средний уровень содержания угарного газа в выдыхаемом воздухе (соответственно: 16,5±10,0 ppm и 10,5±7,7 ppm при p<0,05). У женщин, соответственно, был достоверно выше средний уровень холестерина в крови (5,6±1,07 ммоль/л и 5,2±1,08 ммоль/л при p<0,05) и средний уровень индекса массы тела — (27,5±6,2 кг/м² и 26,7±4,8 кг/м² при p<0,05), чем у мужчин. Установлено, что за исследуемый период статистически значимые гендерные различия по изучаемым показателям средних уровней САД, ДАД, индекса массы тела, холестерина, содержания угарного газа в выдыхаемом воздухе сохраняются. Так, у мужчин был достоверно выше, чем у женщин средний уровень САД, ДАД, угарного газа в выдыхаемом воз-

духе (при p<0,05). У женщин, соответственно, достоверно выше был средний уровень холестерина и средний уровень индекса массы тела (p<0,05).

Заключение. Установленные в исследовании гендерные особенности показателей клинико-лабораторного обследования посетителей центра здоровья подтверждают имеющиеся гендерные различия по частоте распространения факторов риска неинфекционных заболеваний (у мужчин более высокую частоту распространения повышенного АД и курения, у женщин — гиперхолестеринемии и ожирения).

042 СОСУДИСТАЯ ЖЕСТКОСТЬ, ЛИПИДНЫЙ ПРОФИЛЬ И СУТОЧНЫЕ КОЛЕБАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ЛИЦ ОПАСНЫХ ПРОФЕССИЙ С ФАКТОРАМИ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Ойоткинова О. Ш., Шкловский Б. Л., Лексина Н. Ю., Лобанова Т. Н., Сливинский Д. В., Хромкова М. А., Никулин А. И., Ойоткинова А. А., Цукаева М. Р.

Российский Национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова, Москва, Россия

Цель. Изучение влияния показателей липидного спектра на сосудистую жесткость и суточные колебания артериального давления (АД) у лиц опасных профессий с различными факторами риска сердечно-сосудистых осложнений.

Материал и методы. Проведено клиническое обследование, 145 лиц опасных профессий в возрасте от 38 до 65 лет (73% мужчины и 27% женщины), с использованием неинвазивных методов функциональной диагностики (ЭКГ, ЭХО-КГ, тредмил-тест, холтеровское мониторирование, дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий), а также лабораторных исследований (клинический анализ крови, липидный профиль, глюкоза, КФК, трансаминазы). Всем пациентам выполнено суточное мониторирование АД (СМАД) с оценкой артериальной жесткости на аппарате BPLab компании “Петр Телегин” (Россия). Определяли среднесуточные показатели систолического АД (САД), диастолического АД (ДАД), пульсового АД (ПАД), циркадный ритм и среднесуточный показатель артериальной жесткости — скорость пульсовой волны (СПВ).

Результаты. Выделено 2 группы обследованных: 113 пациентов с офисной артериальной гипертонией (АГ) и 32 пациента без офисной АГ, но с другими факторами риска сердечно-сосудистых осложнений (курение, дислипидемия, ожирение). Средний возраст пациентов в обеих группах составил 53,9±0,3 и 46,8±0,7 лет, различия статистически недостоверны. Пациенты с АГ в 28% случаев страдали ожирением, в то время, как пациенты без АГ только в 19% (P<0,05). Существенно чаще среди пациентов с АГ выявлялась дислипидемия (ХС-ЛПНП 3,7 ммоль/л). Изменения брахиоцефальных артерий выявлены у 49% с АГ, в том числе атеросклеротические бляшки — у 15%. У пациентов без АГ в 9,1% случаев отмечалось утолщение комплекса интима-медиа без атеросклеротических бляшек. Нарушения циркадного ритма АД наблюдались в обеих группах, существенно чаще у пациентов с офисной АГ. Недостаточное снижение АД в ночные часы и ночная гипертензия являлись факторами, влияющими на повышение СПВ при нарушении суточного ритма АД, в том числе у лиц с нормальным офисным АД. Достоверных различий в показателях СПВ у лиц с повышенными цифрами АД и лиц без АГ не выявлено (12,1±1,05 у лиц с АГ и 10,10±2,09 у лиц без АГ, p<0,05).

Заключение. У лиц опасных профессий предикторами сердечно-сосудистых осложнений являются показатели сосудистой жесткости, утолщение комплекса интима-медиа, ХС-ЛПНП, коррелирующие с повышенными показателями циркадного ритма АД.

Работа выполнена при поддержке гранта РГНФ № 16-06-000605.

043 ОЦЕНКА РИСКА РАЗВИТИЯ И ПРИНЦИПЫ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ У БОЛЬНЫХ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ: ПРОСПЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Олесин А. И.¹, Литвиненко В. А.², Шлапакова А. В.², Константинова И. В.¹, Литвинов А. С.¹

¹ГБОУ ВПО «Северо-западный Государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова», Санкт-Петербург; ²Елизаветинская больница, Санкт-Петербург, Россия

Цель. Оценка использования предикторов развития фибрилляции предсердий (ФП) для определения риска ее развития у больных метаболическим синдромом (МС) на основании проведения проспективного исследования.

Материал и методы. С 1996 по 2012гг наблюдались 3395 больных МС в возрасте от 45 до 75 лет. Всем больным, помимо общеклинического обследования, проводили исследование гемодинамики, поздних потенциалов предсердий (ППП), дисперсии зубца Р (Pd). Больные были разделены на две группы. В I группу вошло 1968 (57,97%) больных без нарушений ритма сердца, остальные больные были включены во II группу с предсердной экстрасистолой (ПЭ). Больным I группы оценка риска развития ФП проводилась с использованием чрепизведной электрокардиостимуляции с определением риска развития ФП (РРФП) (Патент № 2497446 от 2013 г.), а у II группы риск развития ФП оценивался с использованием индекса риска развития ФП (ИРРФП) ПЭ (Патент № 2556602 от 2015 г.). После включения в исследование больные наблюдались от 1 года до 4-5 лет. Конечной точкой за этот период наблюдения явилось развитие или отсутствие ФП.

Результаты. У 176 (8,94%) и 156 (10,93%) из больных I и II групп соответственно при проспективном наблюдении в течение 4-4,5 лет отмечалось развитие пароксизмальной или персистирующей формы ФП. Выявление при однократном исследовании у больных МС в возрасте старше 55 лет индекса массы тела ≥ 30 кг/м², дилатации предсердий и/или ППП, патологических значений Pd, а также выявление ПЭ определяют долгосрочный риск развития ФП, однако из этого не следует, что он в дальнейшем реализуется. Краткосрочный риск (в течение 1-2 года после первого обследования) развития этой аритмии у больных МС можно оценить только при наблюдении пациентов в динамике: при уменьшении значений РРФП на 70% или ИРРФП ПЭ на 35% и более у больных I и II группы соответственно в течение каждых 3-4 месяцев наблюдения в сравнении с исходными данными определяют развитие ФП у больных МС в течение 1-2 года ($r=0,92$ и $r=0,94$, при отношении шансов 15,1 и 18,2, соответственно). При выявлении значений РРФП < 3 ед. у больных I группы при последующем уменьшении этого показателя на 90% или значений ИРРФП ПЭ $\leq 0,5$ ед. у больных II группы с последующим его уменьшением на 70% и более на протяжении 1-3 месяцев — риск развития ФП отмечается в течение 6 месяцев после обследования (при отношении шансов 17,2 и 18,6, соответственно).

Заключение. В качестве первичной профилактики ФП у больных МС, помимо коррекции модифицируемых факторов, особенно при выявлении краткосрочного риска, помимо, показано использование противоаритмических препаратов, начиная, например, со II класса, а при их неэффективности — вероятно, средства III(I) классов или других методов лечения, например, модулированной кинезотерапии, а у больных с ПЭ, возможно, путем абляции аритмогенного очага экстрасистолы.

044 ОПРЕДЕЛЕНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТА ПЕРЕД СТОМАТОЛОГИЧЕСКИМ ЛЕЧЕНИЕМ КАК ПРОФИЛАКТИКА НЕОТЛОЖНЫХ СОСТОЯНИЙ

Орехова И. В., Анисимова Е. Н., Давыдова С. С., Рязанцев Н. А., Сохов С. Т.

ГБОУ ВПО МГМСУ им. А. И. Евдокимова Минздрава России, Москва, Россия

Роль стоматолога в профилактике и диагностике общесоматических осложнений у пациентов на амбулаторном приеме возрастает с каждым годом. Число людей, обращающихся за стоматологической помощью, непрерывно увеличивается, меняется возрастной состав пациентов. Так, в городских поликлиниках большинство пациентов, нуждающихся в стоматологической помощи, старше 65 лет, а распространенность артериальной гипертензии (АГ) в этой возрастной группе достигает 50-65%. По данным Всемирной организации здравоохранения, АГ является одной из самых главных причин преждевременной смерти. В России это заболевание встречается в среднем у 40% населения и занимает первое место по вкладу в смертность. Изучение проблемы оказания безопасной стоматологической помощи пациентам с гипертонической болезнью имеет большое практическое значение. Кроме того, определяя функциональное состояние пациента перед лечением, стоматолог нередко является первым специалистом, заподозрившим патологию сердечно-сосудистой системы у пациента.

Цель. Анализ определения функционального состояния пациента (определение артериального давления (АД) перед стоматологическим лечением в стоматологических клиниках г. Москвы и Московской обл.

Материал и методы. Нами были обследованы 642 пациента в возрасте от 45 до 74 лет (398 женщин, 244 мужчин) на терапевтическом (270 пациентов, из них неотложная стоматологическая помощь была оказана 117 пациентам, плановая стоматологическая помощь — 153 пациентам), хирургическом (240 пациентов) и ортопедическом (132 пациента) стоматологическом приемах. Всем пациентам перед проведением стоматологических вмешательств проводили определение показателей АД тонометром AND-TM-2655P.

Результаты. На хирургическом стоматологическом приеме из 240 пациентов показатели систолического АД (САД) 140 мм рт.ст. и диастолического АД (ДАД) 90 мм рт.ст. выявлены у 180 (75%) человек. Перед оказанием плановой стоматологической помощи на терапевтическом стоматологическом приеме показатели АД составили: САД ≥ 140 мм рт.ст. и ДАД ≥ 90 мм рт.ст. у 53 (34,6%) человек, а перед неотложным стоматологическим вмешательством у 76 (65,9%) пациентов было зарегистрировано повышение показателей АД. На ортопедическом стоматологическом приеме повышение показателей АД было выявлено у 39 (29,5%) пациентов. Всех 116 (18,1%) пациентов с первично выявленной гипертензией мотивировали на обследование у терапевта. Однако из 116 обследованных пациентов на консультацию к терапевту обратилось 42 (36,2%).

Заключение. Таким образом, определение функционального состояния пациента перед стоматологическим лечением позволило определить высокую частоту (54,2%) АГ у пациентов, обратившихся за стоматологической помощью, из них у 18,1% пациентов АГ была выявлена впервые. Приверженность к здоровому образу жизни у пациентов с первично выявленной гипертензией определена у 36,2% у пациентов. Очевидна важная роль стоматолога при выявлении АГ у пациентов перед стоматологическими вмешательствами с целью профилактики неотложных состояний в условиях амбулаторного стоматологического приема.

045 АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Петричко Т. А.

Минздрав Хабаровского края, КГБОУЗ ДПО «ИПКСЗ», Хабаровск, Россия

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) в Российской Федерации оказывают существенное негативное влияние на состояние общественного здоровья и являются одной из наиболее важных проблем для системы здравоохранения. Проблема снижения уровня заболеваемости ССЗ может быть эффективно решена в рамках профилактической работы. Основной формой профилактической работы в первичном звене здравоохранения является диспансерное наблюдение за пациентами с хроническими неинфекционными заболеваниями.

Цель. Провести анализ распространенности факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний, уровня мотивации пациентов к выполнению рекомендаций врача, доли пациентов с артериальной гипертензией, состоящих на диспансерном наблюдении.

Материал и методы. Мониторинг амбулаторных карт пациентов, состоящих на диспансерном наблюдении ($n=250$) и опрос пациентов ($n=342$) в соответствии с опросником приверженность к лечению (шкала Мориски-Грина).

Результаты. Получены следующие результаты по распространенности классических факторов риска. Так, гиперхолестеринемия (общий холестерин больше 5,0 ммоль/л) выявлена у 79,3% мужчин и 81,5% женщин (80,4% по группе в целом). Частота встречаемости указанного фактора риска выше, чем при таком же анализе 6 лет назад. Необходимо отметить, что наряду с высокой распространенностью гиперхолестеринемии у диспансерной группы пациентов, коррекция гиперхолестеринемии проводилась только у 41,3%, а достижение целевых значений уровня общего холестерина отмечено у 31,2%. Избыточная масса тела ($\geq 25 \text{ кг/м}^2$) имела место у 86% мужчин и 84% женщин (85% по группе в целом); ожирение — у 34% мужчин и 56% женщин (45% по группе в целом); курят 42% мужчин и 13% женщин. 68% пациентов постоянно принимали антигипертензивную терапию, а 32% принимали антигипертензивные препараты не системно. У 42% пациентов выявлена высокая приверженность к лечению, согласно шкале Мориски-Грина, 19% были недостаточно приверженными, а у 54% пациентов отсутствовала приверженность к лечению.

Заключение. Уровень качества диспансерного наблюдения с позиции достижения пациентами целевых значений основных факторов риска остается низким и сочетается с низкой приверженностью пациентов к лечению. Полученные данные указывают на необходимость расширения объема профилактического консультирования пациентов с увеличением роли группового профилактического консультирования (“Школы здоровья”).

046 УРОВЕНЬ ЗНАНИЙ ВРАЧЕЙ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПО ВОПРОСАМ ПРОФИЛАКТИКИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Петричко Т. А.

Минздрав Хабаровского края, КГБОУЗ ДПО “ИПКСЗ”, Хабаровск, Россия

Цель. Провести анализ уровня знаний, отношения, готовности и умения медицинских работников первичного звена по оказанию профилактической помощи населению, направленной на предупреждение ССЗ.

Материал и методы. Для оценки уровня знаний участковых врачей использован метод оценки профессиональной готовности к работе, принятый в педагогике, основанный на трех показателях: мотивационном, когнитивном и операционном (Л. В. Минеева, 2000). В соответствии с этой методикой уровень каждого изучаемого компонента оценивается по шкале: высокий, средний, низкий и крайне низкий. Оценка уровня профессиональной компетенции проведена у 156 участковых терапевтов и 35

врачей общей практики, средний возраст которых составил 41,8 лет, стаж работы в должности врача-терапевта $19,8 \pm 8,3$ года.

Результаты. У большинства врачей выявлен низкий уровень мотивационного, операционного и когнитивного компонента. Только 32% врачей имели высокую мотивацию к использованию в своей практической деятельности современных рекомендаций по ведению пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями (мотивационный компонент), 21,3% врачей — высокий уровень когнитивного компонента (уровень знаний по различным аспектам профилактики и лечения сердечно-сосудистых заболеваний), а высокий уровень операционного компонента (умение на практике использовать научно-обоснованные рекомендации по ведению и лечению пациентов) отмечался у 27% врачей.

Анализ отношения медицинских работников к проведению профилактических мероприятий у себя лично показал, что среди врачей в возрасте старше 40 лет глюкозу крови и общий холестерин определяют 39,5% и 31,7% врачей, соответственно. Медицинские работники первичного звена недостаточно мотивированы на поддержание у себя нормального веса и имеют повышенную массу тела (48,5%) и ожирение (19,1%). В отношении распространенности такого фактора риска, как гиперхолестеринемия (54,2%), медицинские работники не отличаются от населения в целом. Среди участковых врачей курят 17,2% женщин. Главной причиной, затрудняющей выполнение пациентами рекомендаций, называют их низкую мотивацию.

Заключение. Медицинские работники первичного звена здравоохранения имеют недостаточный уровень профессиональных знаний по вопросам профилактики сердечно-сосудистых заболеваний, что обуславливает необходимость разработки образовательных программ постдипломной подготовки медицинских работников всех уровней.

047 ВЛИЯНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ ВРАЧЕЙ НА НАЗНАЧЕНИЕ КАРДИОПРОТЕКТИВНОЙ ТЕРАПИИ

Погосова Н. В., Исакова С. С., Соколова О. Ю., Юферева Ю. М., Алуева А. К., Карпова А. В.

ФГБУ “ГНИЦ профилактической медицины” Минздрава России, Москва, Россия

Большинство медицинских работников, в том числе кардиологов и терапевтов, во время выполнения своих служебных обязанностей постоянно и тесно общаются с людьми, что нередко приводит к их профессиональному выгоранию.

Цель. Определить уровень профессионального выгорания у кардиологов и терапевтов, работающих с пациентами высокого сердечно-сосудистого риска и/или уже имеющих сердечно-сосудистые заболевания, а также оценить его влияние на профессиональную деятельность врачей.

Материал и методы. Кардиологам и терапевтам первичного звена здравоохранения, согласившихся на участие в исследовании, проводилось анонимное интервью по специально разработанной анкете. Профессиональное выгорание оценивалось по опроснику Маслач К. и Джексон С. (Maslach Burnout Inventory — MBI). Кроме этого, анализировалась первичная медицинская документация (амбулаторная карта пациента) и медикаментозная кардиопротективная терапия согласно Национальным рекомендациям по кардиоваскулярной профилактике, 2011 г.

Результаты. В исследование были включены 88 врачей в возрасте от 24 до 70 лет (средний возраст \pm стандартное отклонение $46,14 \pm 12,82$ лет), мужчин — 12 (13,6%), женщин — 76 (86,4%). У половины врачей, включенных в исследование, был выявлен высокий уровень профессионального выгорания (таблица).

Таблица. Показатели профессионального выгорания у врачей согласно опроснику MBI

Субшкалы опросника MBI	Показатели, N (%)		
	низкий уровень	средний уровень	высокий уровень
Эмоциональное истощение	15 (17,0%)	29 (33,0%)	44 (50,0%)
Деперсонализация	33 (37,5%)	25 (28,4%)	30 (34,1%)
Редукция личных достижений	21 (23,9%)	34 (38,6%)	33 (37,5%)

В исследовании проводилось сравнение надлежащего назначения трех классов кардиопротективных препаратов у врачей с признаками и без признаков выгорания по всем трем субшкалам. Медикаментозная терапия была проанализирована у 341 пациента. Согласно U-критерию Манна-Уитни статистически значимых различий между двумя группами врачей в отношении адекватного назначения статинов ($U=313,5$, $p=0,380$), ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента ($U=316,5$, $p=0,226$) и бета-блокаторов ($U=372,0$, $p=0,767$) выявлено не было.

Заключение. Проведенное исследование выявило высокую распространенность профессионального выгорания среди кардиологов и терапевтов, работающих в первичном звене здравоохранения. Однако грамотное назначение кардиопротективной терапии не зависело от уровня профессионального выгорания врачей.

048 РАЗРАБОТКА АЛГОРИТМА ДИАГНОСТИКИ ДОКЛИНИЧЕСКОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА У ПАЦИЕНТОВ ВЫСОКОГО И ОЧЕНЬ ВЫСОКОГО КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА

Погосова Н. В.¹, Колтунов И. Е.², Качанова Н. П.¹, Юферева Ю. М.¹, Выгодин В. А.¹

¹ФГБУ “ГНИЦ профилактической медицины” Минздрава России, Москва, ²ГБУЗ ДГКБ Морозовская детская клиническая больница Департамента здравоохранения г. Москвы, Москва, Россия

Морфологическим субстратом ишемической болезни сердца (ИБС) является атеросклеротическое поражение коронарных артерий, которое характеризуется длительным бессимптомным (доклиническим) периодом. Раннее выявление атеросклероза позволяет своевременно начать лечебно-профилактические мероприятия.

Цель. Разработать диагностический алгоритм выявления доклинического атеросклероза у пациентов высокого сердечно-сосудистого риска.

Материал и методы. В исследование планируется включить 50 пациентов (мужчин и женщин) в возрасте от 40 до 65 лет, имеющих высокий и очень высокий сердечно-сосудистый риск (5-9 и $\geq 10\%$ по Шкале SCORE, соответственно), без клинических проявлений атеросклероза или требующие дифференциальной диагностики с ИБС.

Всем пациентам будет проведена проба с физической нагрузкой, дуплексное сканирование сонных артерий с оценкой толщины комплекса интима/медиа, мультиспиральная компьютерная томография с расчетом индекса коронарного кальция и оценкой состояния коронарного русла, оценена эндотелий-зависимой вазодилатации с помощью аппарата “Ангиоскан”, определен плече-лодыжечный индекс, показатели липидного (общий холестерин, холестерин липопротеинов высокой плотности, триглицеридов, apo-A1, apo-B) и углеводного (глюкоза) обмена, маркеры воспаления (с-реактивный белок) и тромбообразования (фибриноген). Для оценки психологического статуса пациентов будет использована Госпитальная шкала тревоги и депрессии (Hospital Anxiety and Depression Scale), опросник

DS-14 для выявления типа личности D. Качество жизни будет оцениваться с помощью опросника SF-36.

Результаты. Будет проведена комплексная оценка существующих в настоящее время методов диагностики доклинического атеросклероза, включая оригинальную отечественную запатентованную в США методику с использованием аппарата “Ангиоскан”, и разработан алгоритм диагностики доклинического атеросклероза, применимый в условиях реальной клинической практики.

Заключение. Результаты внедрения алгоритма диагностики позволят улучшить качество медицинской помощи больным высоким сердечно-сосудистого риска.

049 МЕДИЦИНСКАЯ ИНФОРМИРОВАННОСТЬ О КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ ФАКТОРАХ РИСКА ПАЦИЕНТОВ С ВЫСОКИМ И ОЧЕНЬ ВЫСОКИМ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМ РИСКОМ

Погосова Н. В., Юсубова А. И., Юферева Ю. М., Салбиева А. О., Аюшева А. К., Карпова А. В.

ФГБУ “ГНИЦ профилактической медицины” Минздрава России, Москва, Россия

Большинство сердечно-сосудистых факторов риска (ФР) модифицируемы и контролируемы, следовательно, знание их пациентами может способствовать предотвращению сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ).

Цель. Оценить медицинскую информированность о сердечно-сосудистых факторах риска (ФР) пациентов с высоким/очень высоким риском ССЗ, посещающих центр здоровья.

Материал и методы. В исследование включены 100 пациентов с высоким/очень высоким риском ССЗ ($\geq 5\%$ по шкале Systematic COronary Risk Evaluation) и двумя любыми критериями метаболического синдрома в возрасте от 43 до 65 лет (средний возраст \pm стандартное отклонение $59,74 \pm 4,66$ лет). Абсолютное большинство были женщинами (82%). Пациенты заполняли специально разработанную анкету, включающую информацию о медицинской осведомленности участников о целевых уровнях общего холестерина, глюкозы крови, артериального давления и индекса массы тела (ИМТ), открытые вопросы на знание традиционных сердечно-сосудистых факторов риска.

Результаты. 93% пациентов, включенных в исследование, имели высокий, 7% очень высокий риск ССЗ. Избыточная масса тела выявлена у 43% (ИМТ $25-29,9$ кг/м²), ожирение — у 52% пациентов (ИМТ ≥ 30 кг/м²).

Обращает на себя внимание крайне низкая информированность пациентов о сердечно-сосудистых факторах риска. Абсолютное меньшинство участников исследования указали на повышенный уровень холестерина и артериального давления как факторов риска ССЗ (13% и 17%, соответственно). Большинство пациентов также не связывают нездоровые поведенческие привычки с риском развития ССЗ (избыточное потребление алкоголя указали только 24%, курение 35% пациентов). Большинство участников (50%) считали, что нездоровое питание является фактором риска ССЗ. Около половины (47%) в качестве сердечно-сосудистого фактора отметили стресс, такое же количество участников исследования (46%) указали в качестве фактора гиподинамию.

Заключение. Результаты исследования показывают крайне низкий уровень знания сердечно-сосудистых факторов риска пациентами с высоким/очень высоким риском ССЗ, что диктует необходимость дальнейшего совершенствования работы по профилактическому консультированию среди данной группы пациентов.

050 ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СФИГМОМЕТРА В СКРИНИНГОВЫХ ОБСЛЕДОВАНИЯХ НАСЕЛЕНИЯ ЯМАЛО-НЕНЕЦКОГО АВТОНОМНОГО ОКРУГА

Свайкина Е. В., Токарев С. А., Романова Ю. В., Половодова Н. С. ГБУЗ ЯНАО “Центр медицинской профилактики”, ЯНАО, Надым, Россия

Цель. Оценить возможность использования прибора VaSera VS-1500 в скрининговых обследованиях населения трудоспособного возраста Ямало-Ненецкого автономного округа.

Материал и методы. В ходе одномоментного эпидемиологического скрининга, проведенного на базе Центра здоровья ГБУЗ ЯНАО “Центр медицинской профилактики”, обследовано 2120 практически здоровых лиц в возрастном диапазоне 35-60 лет. Жесткость артериальной стенки определялась по сердечно-лодыжечному сосудистому индексу (CAVI), степень нарушения гемодинамики — по лодыжечно-плечевому индексу давления (ABI) на аппарате VaSera VS-1500.

Результаты. Значения индексов ABI и CAVI у 89% обследованных были нормальными — от 0,95 до 1,23, и от 4,7 до 8,3, соответственно. У 11% лиц показатель ABI был снижен — от 0,56 до 0,84, а показатель CAVI колебался от 9,0 до 9,8, что являлось признаком атеросклеротического поражения артерий нижних конечностей. Пациенты, у которых по результатам скрининга были выявлены патологические изменения индексов ABI и CAVI на момент обследования, установленного диагноза атеросклероза нижних конечностей и клинических проявлений не имели, присутствовали лишь такие факторы риска, как курение, различные виды нарушения углеводного обмена, дислипидемия, повышенное артериальное давление.

Заключение. Таким образом, метод объемной сфигмографии, позволяющий диагностировать атеросклероз на доклинической стадии и может быть рекомендован для проведения скрининговых обследований населения трудоспособного возраста в Центрах здоровья.

051 ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВЛИЯНИЯ МЕТФОРМИНА И МОКСОНИДИНА В СОСТАВЕ КОМБИНИРОВАННОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ НА РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПАЦИЕНТОВ ПРЕДИАБЕТОМ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНИЕЙ

Скибицкий В. В., Гутова С. Р., Фендрикова А. В.

ФГБОУ ВО “Кубанский государственный медицинский университет” Минздрава России, Краснодар, Россия

Цель. Оценить динамику показателей структурно-функционального состояния миокарда левого желудочка (ЛЖ) на фоне применения комбинированной антигипертензивной терапии, включающей бигуанид (метформин) или агонист I₁-имидазолиновых рецепторов (моксонидин), у пациентов с предиабетом.

Материал и методы. В анализ были включены 40 пациентов с артериальной гипертензией (АГ) в сочетании с предиабетом (нарушенная гликемия натощак, нарушенная толерантность к глюкозе или их сочетание), медиана возраста 62 (46-80) года, достигших целевого уровня артериального давления (АД) на фоне применения периндоприла 5-10 мг, индапамида-ретард 1,5 мг и метформина 1000 мг (1 группа, n=20) или периндоприла 5-10 мг, индапамида-ретард 1,5 мг и моксонидина 0,2-0,4 мг (2 группа, n=20).

Всем больным исходно и через 24 недели наблюдения проводилось эхокардиографическое исследование (ЭХО-КГ) с использованием тканевого доплера (аппарат SIEMENS ACUSON X 300) с оценкой основных показателей: конечный диастолический размер (КДР) и конечный систолический размер (КСР) ЛЖ, толщина задней стенки (ТЗС) ЛЖ, толщина межжелудочковой перегородки (ТМЖП), масса миокарда (ММ) ЛЖ, индекс массы миокарда (ИММ) ЛЖ и относительная толщина стенок (ОТС).

Результаты. До начала исследования показатели ЭХО-КГ в обеих группах достоверно не различались. Через 24 недели терапии в 1-ой группе наблюдалось достоверное (p<0,05) снижение ТЗСЛЖ на 7,8%, ТМЖП — на 9,2%, ММЛЖ — на

11,4%, ИММЛЖ — на 11,3%, КДР и КСР увеличились на 1,8 и 3,2%, соответственно. Во 2-ой группе статистически значимо (p<0,05) уменьшились ТЗСЛЖ на 7,2%, ТМЖП — на 8,5%, ММЛЖ — на 5,8%, ИММЛЖ — на 5,8%, КДР и КСР увеличились 3,4 и 10,4%, соответственно. При сопоставлении степени уменьшения основных параметров ЭХО-КГ в группах через 24 недели наблюдения оказалось, что использование метформина в составе комбинированной терапии обеспечивало достоверно (p<0,05) более выраженное уменьшение ММЛЖ и ИММЛЖ в сравнении с использованием моксонидина. На фоне терапии в обеих группах наблюдалось статистически значимое и сопоставимое уменьшение количества больных с концентрической гипертрофией миокарда ЛЖ (в 1 группе — на 45%, во 2 группе — на 45%).

Заключение. Применение комбинированной терапии, включавшей периндоприл, индапамид-ретард, а также метформин в первой группе, моксонидин — во второй группе пациентов с АГ и предиабетом обеспечивало статистически значимое уменьшение признаков ремоделирования миокарда ЛЖ. Вместе с тем позитивная динамика ММЛЖ и ИММЛЖ была достоверно более выраженной у больных, получавших метформин.

052 БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА И ХОБЛ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНИЕЙ — РИСК НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ИСХОДОВ

Смирнова М. И.¹, Курехян А. С.², Горбунов В. М.¹,
Кожельевская Я. Н.¹

¹ФГБУ “ГНИЦ профилактической медицины” Минздрава России, Москва; ²ГБУЗ Люберецкая районная больница №1, Поликлиническое отделение №5, Московская область, Россия

В связи с увеличением средней продолжительности жизни в практике кардиолога растет число пациентов с коморбидной патологией. В частности, с хроническими болезнями органов дыхания (БОД), среди которых лидирующее место занимают хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) и бронхиальная астма (БА). Ряд работ демонстрируют, что наличие коморбидности ассоциируется с повышенным риском неблагоприятных исходов.

Цель. Изучение отдаленных исходов у больных АГ с сопутствующей БА или ХОБЛ, обращающихся амбулаторно к кардиологу.

Материал и методы. Проспективное когортное исследование больных АГ, обращающихся в плановом порядке на амбулаторный прием к кардиологу. Критерии включения: возраст 30-79 лет, антигипертензивная терапия ≥2 нед., клиническое АД<180/110 мм рт.ст., наличие информированного согласия, для больных с БОД подтверждение диагноза медицинской документацией. Критерии исключения: симптоматическая АГ, значимые нарушения ритма сердца, психические заболевания, обострение БОД, беременность, лактация. Через год после включения последнего пациента собирали сведения о конечных точках (КТ) по медицинской документации и путем опроса пациента или его родственников. КТ считали все случаи смерти, ОНМК, ТИА, реваскуляризации артерий, развития стенокардии, фибрилляции предсердий (ФП), сердечной недостаточности (СН), стенозирующего атеросклероза нижних конечностей. Изучали средние величины, стандартные отклонения, χ^2 , ANOVA-анализ.

Результаты. Включали пациентов последовательно, 2 года. Более 50 пациентов с БОД отказались от участия из-за необходимости ехать в другой поселок для проведения спирометрии и ЭхоКГ (в ЛРБ №1). Включено 156 больных АГ: 89 без БОД (1 гр.), 47 с БА (2 гр.), 20 с ХОБЛ (3 гр.); средний возраст 62,2±8,6, 63,8±9,4 и 68,3±8,1 лет (p<0,005 для 1 гр. vs. 3 гр.), женщин 74,2%, 86,1% и 30,0% (p<0,0001 для 3 гр. vs. 1 гр. и 2 гр.). Курили 41,6%, 30,2% и 70,0% пациентов в 1-3 гр. (p<0,05 для 1 гр. и 2 гр. vs. 3 гр.), работали во вредных условиях 23,6%,

44,2% и 50% пациентов 1-3 гр. ($p < 0,05$ для 1 гр. vs. 2 гр. и 3 гр.). По “стажу” АГ, ХОБЛ или БА, числу и группам антигипертензивных препаратов отличий не было; исключение — редкое применение β -адреноблокаторов в 3 гр. и 2 гр., $p < 0,001$. Через $2,8 \pm 0,3$ года в 1 гр. умер 1 пациент (1,1%), в 3 гр. — 2 (10,0%), число больных, достигших ≥ 1 КТ: 12,4%, 10,4%, 35,0% в 1-3 гр., соответственно, $p = 0,023$. Случаи смерти, ОНМК/ТИА, СН, реваскуляризации в 2 и $>$ раз чаще наблюдались в 3 гр. по сравнению с двумя другими. Общее число КТ во 2 гр. и 3 гр. было сопоставимо.

Заключение. У обследованных больных АГ с ХОБЛ и БА выявлен более высокий риск неблагоприятных исходов, чем у больных АГ без хронических БОД. У больных АГ с ХОБЛ чаще развиваются летальные исходы, ОНМК, СН, потребность в реваскуляризации, в том числе по сравнению с больными АГ с БА.

053 АНАЛИЗ И ОЦЕНКА ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ, НАПРАВЛЕННЫХ НА СНИЖЕНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ЛИПЕЦКОЙ ОБЛАСТИ

Сыродов А. М., Агафонова Л. В., Тихонова А. Н.

ГУЗ “Липецкая областная клиническая больница” Липецк, Россия

В настоящее время не вызывает сомнения прямое влияние образа жизни и связанных с ним факторов риска на широкое распространение сердечно-сосудистых заболеваний. Данное положение неоднократно подтверждалось в многочисленных крупномасштабных исследованиях по всему миру и равноправно для всех географических регионов, и всех этнических групп.

Цель. Определить частоту встречаемости факторов риска развития заболеваний сердца и сосудов; определить целесообразность проведения различных профилактических мероприятий; выявить основные проблемные моменты в формировании понятия здорового образа жизни среди населения Липецкой области.

Материал и методы. Проведен анализ результатов крупномасштабных профилактических проектов (“Кардиомаршрут”, “День здорового сердца”, “День здоровья”) реализованных на территории Липецкой области в 2015 году, включавшие в себя выезды в районы области медицинских специалистов, проводящих скрининговые обследования, консультативный прием граждан, а также медико-профилактические консультации, направленные на профилактику сердечно-сосудистых заболеваний и пропаганду здорового образа жизни.

Результаты. В рамках программы “Кардиомаршрут” осмотрено 2547 человек, из них впервые выявлено заболеваний у 424 человек, что составляет 16,6%. За 2015 г. состоялось 11 акций “День здорового сердца”, в рамках которых обследовано 12462 человека, у 1990 (16%) из них выявлена патология сердечно-сосудистой системы. За тот же период проведено 123 “Дня здоровья”, в которых было обследовано 4788 человек, из них у 1160 (24,2%) впервые выявлены различные заболевания. Полученные результаты свидетельствуют о высокой первичной выявляемости пациентов с сердечно-сосудистой патологией. Задача снижения смертности от болезней системы кровообращения является приоритетной и выполняется через совершенствование организации медицинской помощи, где одну из ключевых ролей играет своевременная и полноценная информатизация населения, в том числе, посредством различных проектов, подготовленными центрами медицинской профилактики.

Заключение. Значительное число человек с впервые выявленной патологией в рамках проведенных программ, как в абсолютном, так и в процентном соотношении, указывает на острую актуальность проводимых профилактических мероприятий, позволяет оценить реальные масштабы распространения сердечно-сосудистых заболеваний, помогает в глобальном формировании здорового образа жизни среди всего населения области.

Кроме того, в ходе реализации проекта удалось выявить значительное число лиц с заболеваниями на ранних этапах и определить их дальнейшую маршрутизацию.

Проведение крупномасштабных профилактических проектов позволяет с высокой долей вероятности ожидать повышения показателей здоровья населения Липецкой области.

054 ВЫЯВЛЯЕМОСТЬ ГИПЕРИНСУЛИНЕМИИ В ПОПУЛЯЦИОННЫХ И КЛИНИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЯХ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ОСНОВНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА

Телкова И. Л.

ГУЗ “Городская клиническая больница”, Жуковский, Московская область, Россия

Цель. Изучить выявляемость гиперинсулинемии/гипергликемии (ГИ/ГГ) в зависимости от частоты и сочетания основных факторов риска (ФР) — артериальной гипертензии (АГ), хронического бронхита (ХБ), курения, избыточной массы тела (ИМТ), гипокинезии (ГК) в популяции, у здоровых лиц и у больных ишемической болезнью сердца (ИБС).

Материал и методы. Всего проанализированы показатели 441 мужчин работоспособного возраста. Из них 325 человек проходили плановую диспансеризацию и обследование в Центре здоровья с оценкой распространенности ФР, показателей сердечно-сосудистой, дыхательной систем и метаболизма в зимне-весенний период (средний возраст — от $40,1 \pm 5,9$ лет). У 60 человек, отобранных методом случайных чисел, дополнительно определяли базальный уровень инсулина радиоиммунным анализом. По результатам диспансерного обследования выделена группа здоровых лиц (контроль) — 30 чел. Группой сравнения служили 116 мужчин (средний возраст $47,2 \pm 5,7$ лет) с диагнозами микрососудистой формы ИБС (МСФ, $n = 47$) и острого инфаркта миокарда (ОИМ, $n = 69$), обследованных в условиях стационара. У этих пациентов уровни инсулина оценивали также на пороговой мощности физической нагрузки (ПМФН).

Результаты. У здоровых лиц средний базальный уровень инсулина составил $9,7 \pm 4,5$ мкЕд/дл. При этом ГИ выявлена у 37% обследованных, а в популяции — у 41,7% мужчин. Умеренная ГГ натощак (от 5,5 до 6,8 мм/л) в контроле отмечена у 10,2%, в популяции — у 25,8%. У 2,5% мужчин наблюдалась гипогликемия ($\leq 3,3$ мм/л). В контроле АГ и ХБ отсутствовали, частота курения, ГК выявлены у 26,6 и 25,3% обследованных, а ИМТ (≥ 25 кг/м²) установлена в 6,4% случаев. В популяции эти показатели составили: АГ и ХБ — 38,6% и 27%; курение, ГК, ИМТ — 30,3, 42,7 и 62,2%. У больных инфарктом миокарда АГ и ХБ имели место у 47% и 27,4%, частота курения, гипокинезия и ИМТ — у 77,5; 75,3 и 59,5%, соответственно. Характерно, что уровень инсулина оказывался тем ниже, чем больше и дольше человек курил и/либо страдал ХБ ($r = -0,54$), тогда как уровень глюкозы был выше у лиц с АГ, ожирением ($r = 0,37$), но также с нарушенной функцией внешнего дыхания и снижением доставки кислорода в ткани. При ИБС гиперинсулинемия отмечена в покое у 14,3% (МСФ) и 52% лиц с ИМ, однако в условиях ПМФН ее частота увеличивалась до 56,7% при МСФ и до 75% — у больных ИМ с одновременным умеренным повышением уровня гликемии. С возрастом уровень инсулина снижался и в покое, и на ПМФН.

Заключение. Умеренная гиперинсулинемия без ГГ выявлена у 37% здоровых нетренированных лиц, возрастая до 41,7% — в популяции. Частота ГИ и ее выраженность тем выше, чем больше ФР одновременно действует на человека, при этом в 4-й декаде жизни манифестирует инсулинорезистентность. Полученные данные подтверждают, что исходы в развитие известных неинфекционных заболеваний — ИБС, сахарного диабета и т.д., связаны с участием инсулина во всех метаболических процессах в организме, на которые активно влияет, в том числе, количество изученных ФР и их сочетание.

055 РИСКОМЕТРИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У РАБОТНИКОВ ПРЕДПРИЯТИЯ АТОМНОЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ

Тонкошкурова А. В.

ФГБУ Сибирский федеральный научно-клинический центр ФМБА России, Северск, Россия

Цель. Провести оценку риска развития сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) и уровня соматического здоровья с применением анализа традиционных факторов риска, шкалы SCORE и модели идеального сердечно-сосудистого здоровья у работников атомной индустрии.

Материал и методы. Проведено одномоментное обследование работников Сибирского химического комбината (СХК) с использованием программы кардиологического скрининга. В исследование было включено 219 работников радиохимического завода СХК, завершили программу обследования 198 (90,4%), средний возраст $47,4 \pm 5,2$ лет. Анализовали частоту факторов риска (ФР) ССЗ: артериальной гипертензии (АГ), избыточной массы тела, курения, гиподинамии, дислипидемии, гипергликемии, наследственного анамнеза. Рискометрию ССЗ проводили с использованием шкалы 10-летнего фатального риска SCORE. "Идеальное" сердечно-сосудистое здоровье (ИССЗ) определяли в соответствии с рекомендациями Американской ассоциации сердца (АНА), использовали комплекс из 7 показателей, включавших поведенческие и физиологические ФР. Уровень соматического здоровья оценивался на основании анализа соматотипического статуса, артериального давления (АД), частоты пульса, данных спирографии, физической работоспособности по тесту Рюффье и кистевой динамометрии. Полученные результаты обработаны с помощью статистического пакета PASW Statistics 18 (SPSS Inc., USA).

Результаты. У обследованных работников СХК выявлена высокая частота ФР ССЗ: низкая физическая активность (81,6%), дислипидемия (77,5%), наследственная отягощенность (37,5%), курение (37,5%), гипергликемия (64,75%), прием более чем 5 ед. алкоголя в неделю (29,0%), избыточная масса тела (44,4%), артериальная гипертензия (30,5%).

Рискометрия по шкале SCORE выявила низкий риск у 5,4%, умеренный у 87,7%, высокий и очень высокий у 5,1% обследованных.

Оценка риска ССЗ с использованием модели ИССЗ показала, что ИССЗ (нормальные значения всех 7 компонентов модели) никто из обследованной когорты работников не обладает, большинство имели "среднее" и "слабое" ИССЗ: у 43,7% ($n=106$) обследованных работников из 7 компонентов ИССЗ имелось 3-4 компонента, у 46,9% ($n=115$) — всего 1-2 компонента и у 4,9% ($n=12$) не имелось ни одного компонента ИССЗ.

Уровень соматического здоровья (УСЗ), позволяющий всесторонне оценить здоровье индивида, был низким у 35% ($n=69$), ниже среднего у 42,9% ($n=85$), средним у 16,6% ($n=33$), высоким у 2,5% ($n=5$) и выше среднего у 3,03% ($n=6$) обследованных, средние значения УСЗ составили $6,32 \pm 4,05$ у.е.

Заключение. Из существующих скрининговых методов оценки состояния сердечно-сосудистой системы метод определения идеального сердечно-сосудистого здоровья представляется наиболее доступным, информативным и приемлемым при осуществлении ежегодных медицинских профилактических осмотров. Предложенный подход позволяет формировать группы работников с ФР ССЗ и неблагоприятным профилем здоровья, которые приоритетно нуждаются в профилактических и оздоровительных мероприятиях.

II. ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА

057 ФАКТОР ХАГЕМАНА В ПРОГНОЗИРОВАНИИ РИСКА ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

056 ФИБРИЛЛЯЦИЯ ПРЕДСЕРДИЙ: РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И КРОСС-СЕКЦИОННЫЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ В ПОПУЛЯЦИОННОЙ ВЫБОРКЕ НОВОСИБИРСКА (9255 УЧАСТНИКОВ)

Шапкина М. Ю., Маздорова Е. В., Рябиков А. Н., Титоренко А. В., Малютина С. К.
"НИИТПМ", Новосибирск, Россия

Цель. Фибрилляция предсердий (ФП) — одно из наиболее распространенных и клинически значимых нарушений сердечного ритма. Целью данного исследования было изучить распространенность и детерминанты ФП в большой популяционной выборке среднего и старшего возраста в Новосибирске по данным кросс-секционного исследования.

Материал и методы. Обследована случайная популяционная выборка мужчин и женщин 45-69 лет ($n=9360$, 2003-2005 гг.) в рамках первого скрининга проекта НАРИЕЕ в Новосибирске. Протокол исследования включал эпидемиологическую оценку сердечно-сосудистых заболеваний, их факторов риска. Запись ЭКГ с оценкой изменений по Миннесотскому коду была проведена у 9255 участников, которые и были включены в настоящий анализ.

Результаты. В изученной популяционной выборке распространенность ФП составила 1,6% (1,1% для женщин и 2,1% для мужчин). Частота ФП увеличивалась с возрастом: от 0,3% в возрастной группе 45-49 лет для обоих полов, до 4,0% у мужчин и 2,8% у женщин в старшей возрастной группе (65-69 лет) ($p<0.001$). При нестандартизованной оценке ФП у мужчин ассоциировалась с увеличением возраста, частотой сердечных сокращений (ЧСС) ($p<0,001$), диастолическим артериальным давлением ($p=0,003$), индексом массы тела (ИМТ) ($p<0,001$), наличием сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), артериальной гипертензии (АГ) ($p<0,001$) и сахарного диабета (СД) ($p=0,002$). При сопоставлении лабораторных показателей лица с ФП имели более низкие уровни общего холестерина (ОХС) ($p=0,001$), холестерина липопротеидов низкой плотности (ХСЛНП) ($p=0,005$) и более высокий уровень гамма-глутамилтранспептидазы (ГГТ) ($p<0,001$). Достоверных различий по частоте и дозе потребления алкоголя в связи с ФП не выявлено. У женщин получены аналогичные результаты по исследуемым факторам риска и кардиометаболическим заболеваниям.

В мультивариантном анализе у мужчин ФП позитивно ассоциировалась с возрастом, ЧСС, ИМТ ($p<0.001$) и негативно — с уровнем ХСЛНП ($p=0.001$). У женщин выявлена положительная ассоциация ФП с возрастом, ЧСС, ИМТ ($p<0.001$), уровнем ГГТ ($p=0.002$) и негативная — с уровнем ХСЛНП и триглицеридов ($p<0.001$).

Заключение. В изученной популяционной выборке Новосибирска среднего и старшего возраста, распространенность ФП составила 1,6%, что близко к показателям, зарегистрированным в других группах населения. При кросс-секционном мультивариантном возраст-стандартизованном анализе ФП была положительно ассоциирована с возрастом, ЧСС, ССЗ, ИМТ (у мужчин) и ГГТ (у женщин). Мы обнаружили отрицательную связь между ФП и атерогенными показателями липидного профиля; эти результаты, вероятно, связаны с модифицированным воздействием других кардиометаболических факторов.

Настоящее исследование поддержано грантом РФФИ (14-45-00030), проект НАРИЕЕ поддержан грантом Wellcome Trust (WT081081A1A).

Агибова Н. Е., Боева О. И., Байкулова М. Х., Белолова Т. И., Власянец Е. А., Деревя М. В., Игнатенко И. В., Кривенко Н. Н., Мызникова Т. А.

ГБОУ ВО "Ставропольский государственный медицинский университет", Ставрополь, Россия

Цель. Изучение взаимосвязи между уровнем фактора Хагемана (фактора XII) в плазме крови и клиническими исходами у больных с неклапанной формой фибрилляции предсердий (ФП).

Материал и методы. В исследование вошло 57 пациентов с неклапанной формой ФП, находившихся на обследовании и лечении в Ставропольском краевом клиническом кардиологическом диспансере, из них 47 (82,5%) мужчин и 10 (17,5%) женщин. Возраст исследуемых составил 55 (47,5-59) лет. Количество баллов по шкале $\text{CHA}_2\text{DS}_2\text{-VASc}$ у обследованных пациентов не превышало 3-х. Срок наблюдения составил 36 месяцев. Конечными точками считали развитие острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) и/или системных эмболических осложнений. Уровень фактора XII в плазме крови определяли с помощью набора AssayMax Human Factor XII (FXII) ELISA Kit (США). Статистическую обработку полученных данных проводили в программе SPSS Statistics 20.0. Так как распределение изучаемых признаков не соответствовало критериям нормальности, данные представляли в виде медианы и интерквартильного размаха (Ме (Q1-Q3)), применяли непараметрические методы сравнения. Статистически значимыми считали различия при $p < 0,05$.

Результаты. Связи между уровнем фактора Хагемана и наличием ишемической болезни сердца, инфаркта миокарда в анамнезе или артериальной гипертензии обнаружено не было ($p > 0,05$). У женщин содержание фактора XII в плазме крови было значимо меньше, чем у мужчин — 12,55 (1,97-35,3) мкг/мл против 39,2 (13,1-59) мкг/мл, $p = 0,015$. Была обнаружена тенденция к уменьшению уровня фактора Хагемана с возрастом ($p = 0,01$). Так, в группе пациентов 45 лет и младше был обнаружен наиболее высокий уровень фактора XII — 48,4 (18,05-61,3) мкг/мл, в группе 46-60 лет — 38,3 (13,5-62,33) мкг/мл, а в группе > 60 лет — 11,95 (5,46-35,03) мкг/мл. Пациенты с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) имели более низкий уровень фактора Хагемана в плазме крови, чем без таковой — 39,15 (15,03-60,43) мкг/мл против 12 (4,5-32,35) мкг/мл ($p = 0,007$). В группе пациентов с 0 и 1 баллом по шкале $\text{CHA}_2\text{DS}_2\text{-VASc}$ содержание фактора Хагемана составило 39,7 (16,78-62,33) мкг/мл, а в группе с 2 и 3 баллами — 13,1 (4,5-35,5) мкг/мл ($p = 0,04$). За время наблюдения конечных точек достигли 14 пациентов. Различий между уровнем содержания фактора XII в группе пациентов, достигших конечных точек (36 (15,12-84,75) мкг/мл), и группе пациентов без конечных точек (35,5 (11,93-51,33) мкг/мл) обнаружено не было ($p = 0,466$).

Заключение. Корреляция между уровнем фактора Хагемана и количеством баллов по шкале $\text{CHA}_2\text{DS}_2\text{-VASc}$ может быть объяснена обнаруженной связью между уровнем данного фактора с женским полом, ХСН и возрастом, входящими в данную шкалу. Отсутствие взаимосвязи между уровнем фактора XII и наличием конечных точек не позволяет рекомендовать его для оценки прогноза у пациентов с ФП.

058 ОСОБЕННОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ВРАЧЕЙ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Алехина О. Д., Бурачук В. Т.

ФГБОУ ВО «ВГМУ им. Н. Н. Бурденко» Министерства здравоохранения РФ, Воронеж, Россия

Условия хронического стресса, психоэмоционального напряжения, часто увеличенного рабочего дня, в которых работают врачи первичного звена здравоохранения, могут изменять течение артериальной гипертензии (АГ) и повышать риск развития сердечно-сосудистых осложнений (ССО).

Цель. Изучение особенностей АГ и распространенности других факторов риска развития сердечно-сосудистой патологии у врачей первичного звена здравоохранения, что должно способствовать разработке оптимальных подходов к ведению этих пациентов.

Материал и методы. В исследование были включены 312 врачей общей практики (11,5% мужчин и 88,5% женщин). Средний возраст пациентов составил $46,5 \pm 4,4$ года. Всем врачам проводились анонимное анкетирование, физикальное

исследование с обязательным измерением артериального давления (АД), лодыжечно-плечевого индекса, индекса массы тела, биохимическое исследование крови и мочи. Пациентам с АГ проводились ЭКГ, доплер-ЭхоКГ, суточное мониторирование АД, ультразвуковое доплеровское сканирование брахиоцефальных артерий. Для диагностики синдрома профессионального (эмоционального) выгорания (СЭВ) был применён тестовый опросник, разработанный на основе трехфакторной модели К. Маслач и С. Джексон.

Результаты. Распространённость атерогенной дислипидемии и АГ в когорте врачей выше, чем среди работающего населения России в целом (56,6% у мужчин и 40,6% у женщин для дислипидемии; 47,2% у мужчин и 44,4% у женщин для АГ). Другие факторы риска развития ССО (курение, избыточная масса тела, нарушения углеводного обмена, гиподинамия), напротив, встречались существенно реже, чем в общей популяции. Большая часть имеющих АГ врачей получала лечение антигипертензивными препаратами (70,6% мужчин и 94,4% женщины), но целевые показатели АД регистрировались лишь у 50,0% мужчин и 41,2% женщин. АГ врачей отличалась сравнительно невысокой частотой наследственной предрасположенности к ней (52,9% у мужчин, 44,4% у женщин), но гипертензивное ремоделирование одного и более органов-мишеней регистрировалось у 94,1% мужчин и 89,9% женщин. Следовательно, все врачи имели высокий или очень высокий риск развития ССО. АГ характеризовалась также редукцией циркадного ритма АД с преобладанием варианта non-dipper и высокой вариабельностью АД. Главным отличием нашей выборки явился факт 100% выявления у наблюдавшихся СЭВ в тех или иных проявлениях: эмоциональное истощение встречалось у 5,6% мужчин и 8,3% женщин, деперсонализация у 38,9% мужчин и 52,2% женщин, редукция личностных достижений — у 55,6% мужчин и 38,9% женщин.

Заключение. АГ врачей первичного звена характеризуется появлением в более молодом возрасте, частым сочетанием с атерогенной дислипидемией, высокой вариабельностью и редуцированным циркадным индексом АД, высоким и очень высоким риском развития ССО. СЭВ может выступать фактором, способствующим раннему развитию ремоделирования органов-мишеней и препятствующим достижению целевых уровней АД.

059 РЕЗУЛЬТАТЫ ПЯТИЛЕТНЕГО ПРОСПЕКТИВНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ, ПЕРЕЖИВШИХ КЛИНИЧЕСКУЮ СМЕРТЬ

Артемова И. А., Козлова С. Н., Халмурадова Б. Б., Яковлев А. Н.

ФГБУ «СЗФМИЦ им. В. А. Алмазова», Санкт-Петербург, Россия

Одним из опасных осложнений острого коронарного синдрома (ОКС) является внезапная остановка кровообращения, однако факторы, влияющие на прогноз пациентов, переживших клиническую смерть, изучены не достаточно.

Цель. Изучить причины, условия возникновения, характер поражения коронарного русла и отдаленные исходы у пациентов с ОКС, переживших клиническую смерть.

Материал и методы. В исследование были включены 74 пациента в возрасте от 35 до 83 лет с ОКС, осложненным клинической смертью на догоспитальном или раннем госпитальном этапах за период с июня 2010 года по декабрь 2015 года, поступивших в отделение реанимации СЗФМИЦ им. В. А. Алмазова. В исследование не включались больные с некоронарогенными заболеваниями, пороками сердца и с тяжелой сопутствующей патологией, влияющей на прогноз жизни. В рамках ретроспективного анализа изучены истории болезни. Телефонный контакт с пациентами проводился через 11-77 месяцев.

Результаты. В исследование были включены 81,1% мужчин и 18,9% женщин. Средний возраст пациентов составил $54 \pm 6,3$

года. У 87,8% больных ОКС явился дебютом ишемической болезни сердца, 28,3% перенесли инфаркт миокарда ранее. Причинами клинической смерти у 90,5% больных стала фибрилляция желудочков (ФЖ), у 5,4% — асистолия, у 1,4% — электро-механическая диссоциация, у 2,7% — сочетание ФЖ и асистолии. У 51,3% пациентов ФЖ развилась на догоспитальном этапе, у 14,8% — во время проведения коронарографии, у 1,4% — при выполнении системного тромболизиса. 82,4% больных страдали гипертонической болезнью, у 18,9% ранее регистрировались желудочковые нарушения ритма. По данным коронарографии у 59,4% пациентов выявлено поражение передней межжелудочковой артерии (ПМЖА), у 54,1% — правой коронарной артерии (ПКА), у 27,2% — огибающей ветви левой коронарной артерии (ОБ ЛКА), у 44,5% — многососудистое поражение коронарного русла, у 5,1% — поражение ствола. У 10,8% пациентов было проведено аортокоронарное шунтирование (АКШ) в период стационарного лечения, у 89,2% пациентов выполнено стентирование инфаркт-связанных артерий. По результатам телефонного контакта с пациентами или их родственниками установлено, что 44,6% умерли в течение 1 года после выписки, причинами смерти у всех стали повторные острые сердечно-сосудистые события. 55,4% больных живы, из них 44,5% имели как минимум 1 госпитализацию, связанную с ухудшением течения сердечно-сосудистых заболеваний за последние 2 года.

Заключение. По данным нашего исследования, основной причиной остановки кровообращения при ОКС стала ФЖ, произошедшая на догоспитальном этапе, а наиболее часто встречающееся изменение коронарных артерий — поражение ПМЖА. Отдаленный прогноз больных, перенесших ОКС с клинической смертью, оказался неблагоприятным: почти половина пациентов умерли в течение первого года после выписки из стационара. Это делает необходимым оптимизацию программ кардиореабилитации и диспансерного наблюдения таких больных.

060 ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Атаходжаева Г. А., Рахимов Ш. М.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

Цель. Изучить характер влияния базисной терапии ХСН на эндотелиальную функцию у больных с различными проявлениями метаболического синдрома (МС).

Материал и методы. В исследовании были включены 127 больных мужского пола с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) II-III ФК, с постинфарктным кардиосклерозом. В зависимости от компонентов МС выделены 3 группы больных: I группа (n=27) — больные без МС; II группа (n=50) — больные с различной комбинацией дислипидотеидемии с абдоминальным ожирением (АО), артериальной гипертензией (АГ) и гипертриглицеридемией (ГТГ); III группа (n=50) — больные с различной комбинацией дислипидотеидемии (ДЛП) и сахарного диабета 2-го типа (СД₂) с АО, АГ и ГТГ. О состоянии эндотелиальной функции сосудов судили по данным доплерографии плечевой артерии (ПА) по методике D.S. Celermajer (1992). Все больные в течение трёх месяцев принимали периндоприл (престарийум Servier), бисопролол (конкор Nyscomed), а также верошпирон (Gedeon Richter). Вторая и третья группы были разделены на две подгруппы А и Б. II и III Б группы кроме периндоприла, бисопролола и верошпирона в течение трёх месяцев принимали аторвастатин (Липримар — Pfizer, Ирландия) по 10 мг. III Б группа через три месяца дополнительно в течение трёх месяцев принимала метформин (Сиофор — Berlen-Chemie, Германия) по 500 мг 2 раза.

Результаты. После 3-х месячного курса лечения исходный диаметр ПА в I группе увеличился на 5,5%, во II Б группе на 5,0%, а в III Б группе он нормализовался лишь через 6 месяцев, т.е. после лечения с добавлением к базисной терапии ато-

рвастатина и метформина (p<0,05). Через 3 и 6 месяцев после лечения отмечается увеличение скорости кровотока в ПА. Наиболее выраженная динамика изменения V_s, V_d и V_{cp} при этом, наблюдается у больных без МС и у больных с МС, получавших наряду с базисной терапией ХСН, аторвастатин и метформин (p<0,05). Значительное изменение исходной V_d прослеживается только в I (22,7%; p<0,01) и в III Б (39,5%; p<0,01) группах. Однако после пробы с компрессией статистически значимое увеличение V_d наблюдается также во 2Б и 3Б группах (p<0,05). Анализ средней скорости кровотока, исходной его значимости, а также ее динамики после пробы с компрессией также указывает на более значимое ускорение кровотока в I, II Б и III Б группах. При этом, увеличение D₁ в I группе составило 7,5% (p<0,01), во II А — 4,0%, во II Б — 9,7% (p<0,05), в III А — 3,3%, а также в III Б 8,3% (p<0,05) и 10,3% (p<0,01).

Заключение. Таким образом, метаболические нарушения и ЭД являются взаимосвязанными патологическими процессами, имеющие важное значение в развитии и прогрессировании ХСН. Основные группы препаратов для лечения ХСН (иАПФ, бета-блокаторы, антагонисты альдостерона) существенно улучшают эндотелиальную функцию. Однако развитие ХСН на фоне МС сопровождается более выраженными и стойкими проявлениями ЭД, при котором одна базисная терапия ХСН не достаточна для полного восстановления эндотелиальной функции.

061 ХАРАКТЕРИСТИКА ВАРИАбельНОСТИ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Атаходжаева Г. А., Фазилбекова З. Н., Каюмов Н. У.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

По данным некоторых исследователей, показатели ВРС по информативности и значимости сопоставимы с показателями фракции выброса левого желудочка, частотой эктопической желудочковой активности, параметрами электрокардиографии высокого разрешения, а также данными клинического обследования больного.

Цель. Определение параметров ВРС для оценки вегетативного тонуса в острый период инфаркта миокарда.

Материал и методы. Обследовано 61 больных с острым инфарктом миокарда (ИМ) (51 мужчина и 10 женщины) в возрасте от 43 до 69 лет, в среднем (56,0±0,2) года. Диагноз устанавливали на основании данных клинических, инструментальных и лабораторных исследований согласно критериям ВОЗ. В исследование были включены больные с первичным ИМ (классификация ИБС 2000г.). Критериями принадлежности к одному из четырех классов тяжести на стационарном этапе реабилитации являлись: глубина и обширность поражения миокарда, наличие осложнений и коронарной недостаточности. В исследование не включали больных с повторным ИМ, острой недостаточностью левого желудочка I-IV стадии (по Killip), тяжелой сопутствующей патологией в стадии декомпенсации. Всем больным проводили холтеровское мониторирование (ХМ) электрокардиограммы (ЭКГ) с определением параметров ВРС. Анализируя данные ХМ ЭКГ, рассчитывали временные и спектральные показатели ВРС.

Результаты. В острый период ИМ (во время первого обследования) у больных всех групп наблюдали снижение временных показателей ВРС, также возникал симпато-парасимпатический дисбаланс, который проявлялся большим снижением парасимпатической активности, что является закономерной реакцией на стресс симпатoadреналовой системы, и характерно для пациентов с острым ИМ. При этом нужно отметить, что у пациентов групп I были достоверно более высокие значения временных показателей (SDNN, pNN50, rMSSD) по сравнению с таковыми 2 группы и отмечены характерные изменения спектрального состава. Во 2 группе была более низкая мощность HF волн по сравнению с 1 группой. Во 2 группе мощность LF также была достоверно ниже, чем в 1 группе, что свидетельствует о более выраженной степени вегетативного дисбаланса в этих группах и, как следствие, повышает риск неблагоприят-

ного исхода у этих больных. Исходные значения показателя LF/HF, характеризующего степень вегетативного дисбаланса, были наиболее высокими во 2 группе по сравнению с таковыми в 1 группе исследования, что свидетельствует о преобладании симпатических влияний и является неблагоприятным признаком дальнейшего прогноза заболевания.

Заключение. У больных, с инфарктом миокарда, наблюдали исходно более высокие показатели вариабельности ритма сердца (SDNN, рNN50, rMSSD). У больных с SDNN менее 100 мс наблюдается ухудшение временных и спектральных показателей ВРС, что свидетельствует о повышении риска неблагоприятного исхода.

062 ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ С НАЛИЧИЕМ ИЛИ ОТСУТСТВИЕМ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Атаходжаева Г. А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

Цель. Изучение особенностей функционального состояния почек (ФСП) у больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) в зависимости от представленности компонентов метаболического синдрома (МС).

Материал и методы. Обследовано 127 больных мужского пола с ХСН II-III ФК и постинфарктным кардиосклерозом. В зависимости от компонентов МС выделены 3 группы больных: I группа (n=27) — больные без МС; II группа (n=50) — больные с различной комбинацией дислипидемии (ДЛП) с абдоминальным ожирением (АО), артериальной гипертензией (АГ) и гипертриглицеридемией (ГТГ); III группа (n=50) — больные с различной комбинацией ДЛП и сахарного диабета 2-го типа (СД₂) с АО, АГ и ГТГ. Изучение ФСП включало определение микроальбуминурии (МАУ), уровня сывороточного креатинина, скорости клубочковой фильтрации (СКФ). Все больные в течение трёх месяцев принимали периндоприл (престариум Servier), бисопролол (конкор Nycomed), а также верошпирон (Gedeon Richter). Вторая и третья группы были разделены на две подгруппы А и Б. 2Б и 3Б группы кроме периндоприла, бисопролола и верошпирона в течение трёх месяцев принимали atorvastatin (Липримар — Pfizer, Ирландия) по 10 мг 1 раз. 3-я Б группа через три месяца дополнительно в течение трёх месяцев принимала метформин (Сиофор — Berlen-Chemie, Германия) по 500 мг 2 раза.

Результаты. Исследование параметров ФСП показало, что в I группе больных с ХСН без МС у 3-х больных (11,1%) из 27, выявлена МАУ (МАУ \geq 0,200 мг/л). МАУ была выявлена у 22-х (44,0%) больных II группы и у 32-х (64%) больных III группы. Клиренс сывороточного креатинина в I группе составил 90,14 \pm 2,77 мкмоль/л, во II группе 110,6 \pm 1,72 (р<0,01), III группе 111,22 \pm 1,68 (р<0,001) гр, и СКФ в обследуемых группах составила 102,03 \pm 2,51, 94,0 \pm 1,73 (р<0,01) и 85,9 \pm 1,68 (р<0,001). Через 3 месяца лечения отмечались положительные сдвиги клиренса креатинина крови и уровня СКФ у больных I группы исследования (р<0,05). Аналогичная динамика прослеживалась и у больных II Б группы с наличием АО+АГ+ДЛП, которые на фоне стандартной терапии в течении 3-х месяцев принимали atorvastatin. Несмотря на положительные сдвиги уровня креатинина крови, СКФ и МАУ у больных II А и III (А и Б) групп, улучшение СКФ было незначительным. Несмотря на существенное снижение данных показателей, уровень МАУ оставался высоким в сравнении с I группой. Результаты сравнительного анализа установлено, что более тяжелая форма МС (АО+АГ+ДЛП+СД₂) у больных ХСН в большей степени снижает эффективность комбинированного применения периндоприла, бисопролола и верошпирона. Статистически значимая положительная динамика СКФ и МАУ у больных II Б и III Б группы прослеживается только на фоне применения антиметаболических лекарственных средств.

Заключение. Наличие МС у больных с ХСН является важным фактором ухудшающим почечную функцию, что наиболее выражено при комбинации ДЛП, АО и АГ с СД₂. Трёхмесячное лечение с применением комбинации периндоприла, бисопролола и верошпирона у больных ХСН без МС способствует улучшению почечной функции. Наиболее выраженная резистентность к проводимой терапии имеется при сочетании АО, АГ и ДЛП с СД₂.

063 УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ФЕНОМЕН СПОНТАННОГО ЭХОКОНТРАСТИРОВАНИЯ ВО ВНУТРЕННИХ ЯРЕМНЫХ ВЕНАХ КАК ВЕРОЯТНЫЙ ПРЕДИКТОР ТРОМБООБРАЗОВАНИЯ И РИСКА РАЗВИТИЯ ИНСУЛЬТА

Балясина Н. С., Лунина М. Д., Никифоров В. С., Онищенко Е. Ф.

ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И. И. Мечникова Санкт-Петербург, Россия

Феномен спонтанного эхоконтрастирования (СЭК) в левом предсердии и ушке левого предсердия, выявляемый при трансторакальной эхокардиографии (ЭхоКГ) и/или чрезпищеводной (ЧП ЭхоКГ), является важнейшим предиктором высокого риска церебральных тромбоэмболических осложнений. Принципы диагностики и оценки СЭК в камерах сердца и аорте были использованы для изучения данного феномена во внутренних яремных венах (ВЯВ).

Цель. Оценить значение феномена СЭК во внутренних яремных венах как вероятного предиктора тромбообразования и риска развития инсульта у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) и гипертонической болезнью (ГБ).

Материал и методы. Было обследовано 52 пациента (средний возраст 48 \pm 12 лет, 70% мужчин). Всем пациентам проведено дуплексное сканирование (ДС) брахиоцефальных сосудов, транскраниальное сканирование (ТКС) и ЭхоКГ по стандартным методикам на УЗИ сканере Vivid-9 (GE Healthcare, USA). Феномен СЭК в ВЯВ оценивали в продольном и поперечном сечении в В-режиме ДС с динамическим диапазоном 72 дБ, сниженным усилением ("gain"), с экспозицией не менее 1 минуты. Пациентам выполнено ЭКГ исследование, холтеровское мониторирование, МРТ головного мозга на магнитно-резонансном томографе General Electric "Signa Infinity". Скрининговые лабораторные тесты для выявления риска повышенного тромбообразования включали в себя определение количества тромбоцитов, активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ), международное нормализованное отношение (МНО), определение уровня фибриногена, D-димера. На момент исследования у всех пациентов был зарегистрирован синусовый ритм.

Результаты. Феномен СЭК классифицировали по заполнению просвета ВЯВ и по размерам частиц СЭК по 3 градациям: 1 — мелкодисперсное СЭК в виде "тумана" или "дымка" с неразличимыми частицами, не более 0,1 мм; 2 — паттерн с различимыми частицами, размером до 0,1-0,3 мм; 3 — крупные частицы СЭК, размером свыше 0,3 мм. Были выделены 2 группы пациентов: I группу с мелкодисперсным СЭК составили 34 (70%) человека, II группу с крупнодисперсным СЭК — 18 человек (30%). Во II группе отмечалось достоверное снижение линейной скорости кровотока (р<0,001) в ВЯВ наряду с повышением уровня фибриногена (р<0,001) по сравнению с I группой. Во II группе чаще выявлялись признаки перенесенного нарушения мозгового кровообращения (в 23% случаев против 16%) по данным МРТ.

Заключение. Феномен СЭК во внутренних яремных венах наряду с лабораторными признаками гиперкоагуляции и нарушением реологии крови может служить одним из предикторов развития тромбоэмболических осложнений и инсульта с ишемической болезнью сердца и гипертонической болезнью.

064 ОСОБЕННОСТИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИХ ЖЕСТКОСТЬ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ, У ПАЦИЕНТОВ С НЕКОНТРОЛИРУЕМОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СОЛЕЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ

Васильев В. Ю.¹, Скибицкий В. В.², Фендрикова А. В.²

¹МБУЗ г. Сочи “Городская больница №4”, Сочи; ²ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России, Краснодар, Россия

Цель. Сравнительный анализ показателей, характеризующих жесткость сосудистой стенки, у солечувствительных и солерезистентных пациентов с неконтролируемой артериальной гипертонией (АГ).

Материал и методы. В исследование включено 32 пациента с неконтролируемой АГ, медиана возраста 56 (44–62) лет. Солечувствительность оценивалась с использованием суточного мониторирования артериального давления (АД) (ООО “Петр Телегин”) до и после проведения пробы В.И. Харченко. Наряду с традиционными показателями суточного профиля артериального давления анализировались время распространения отраженной волны (RWTT), скорость распространения пульсовой волны в аорте (PWV_{ao}) и индекс аугментации в плечевой артерии (AI_x). Результаты исследования обработаны с использованием программы Statistica 6.1 (StatSoft Inc, США).

Результаты. На основании результатов пробы на солечувствительность 14 пациентов (44%) были отнесены к солечувствительным, 18 (56%) — к солерезистентным. При сравнении RWTT в двух группах оказалось, что у солерезистентных пациентов данный показатель выше в течение суток (RWTT_c), в дневное (RWTT_д) и ночное (RWTT_н) время. Так, RWTT_c составил 118,5 мс (101,5–128) у солечувствительных и 122 мс (118–133) у солерезистентных пациентов, соответственно, RWTT_д — 117 мс (103,5–126,5) и 123 мс (119–133), RWTT_н — 122 мс (107–132) и 126 мс (119–133). Достоверные различия между группами регистрировались только при сопоставлении RWTT_д ($p < 0,05$). Показатели PWV_{ao} в течение суток, в дневное и ночное время были выше, но недостоверно, у солечувствительных пациентов. При сравнении AI_x оказалось, что у солечувствительных пациентов данный показатель был достоверно выше в течение суток (AI_{xс}), в дневное (AI_{xд}) и ночное (AI_{xн}) время: AI_{xс} составил 2,5% ((-7)–13) и -15% ((-26)–(-6)) у солечувствительных и солерезистентных пациентов, AI_{xд} 0,3% ((-11)–11) и -17% ((-27)–(-7)), AI_{xн} 7,5% ((-5,5)–19) и -6% ((-19)–1), соответственно ($p < 0,05$).

Заключение. Достоверные различия RWTT и AI_x у солечувствительных пациентов с АГ по сравнению с солерезистентными могут свидетельствовать о более выраженной артериальной резистентности. Следовательно, проведение пробы на солечувствительность с последующим анализом показателей, характеризующих сосудистую жесткость, позволяет определить категорию больных, нуждающихся в “агрессивной” стратегии первичной профилактики сердечно-сосудистых осложнений.

065 ЭФФЕКТИВНОСТЬ МОКСОНИДИНА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА И ОЖИРЕНИЕМ

Ватинян С. Х., Никогосян К. Г.

ЗАО «НИИ кардиологии», Ереван, Армения

Артериальная гипертония (АГ) и сахарный диабет (СД) 2 типа, в основе развития и прогрессирования которых лежит нарушение механизмов регуляции симпатической нервной системы, являются взаимосвязанными заболеваниями, обладающими мощным взаимопотенцирующим повреждающим действием на органы-мишени. Соприженность же этих патологий с ожирением еще более усиливает риск развития сердечно-сосудистых осложнений.

Цель. Изучение влияния агониста имидазолиновых рецепторов моксонидина на структурные и функциональные параметры левого желудочка (ЛЖ) у больных эссенциальной гипертонией (ЭГ) с СД 2 типа и ожирением.

Материал и методы. Обследованы 30 больных ЭГ 1–2 степени (ESH/ESC 2013) с СД 2 типа и ожирением (ИМТ $32,3 \pm 1,8$ кг/м²) — 17 мужчин и 13 женщин, средний возраст $48,7 \pm 3,9$ лет. По данным эхокардиографии рассчитывался индекс массы миокарда ЛЖ (ИММЛЖ). В исследование были включены больные со значениями ИММЛЖ > 134 г/м² для мужчин и > 110 г/м² для женщин и диастолической дисфункцией, оцененной по данным доплер-эхокардиографии. Всем больным назначался моксонидин (физиотенз) в дозе 0,2 мг в день однократно утром. У всех больных ЭГ 2 степени из-за недостаточного эффекта через 2 недели дозу препарата удваивали (0,4 мг). Кроме того, все больные принимали гликлазид модифицированного высвобождения (диабетон MR) 1 раз в день. Исследования проводились в контрольном периоде и к концу 6-месячного периода наблюдения.

Результаты. Снижение артериального давления до уровня $< 125/75$ мм рт. ст. было достигнуто уже к концу 4-недельного срока лечения у всех больных и устойчиво поддерживалось в течение всего периода наблюдения. К концу срока лечения наблюдалось достоверное снижение ИММЛЖ (от $157,8 \pm 6,11$ до $133,6 \pm 3,13$ г/м², $p < 0,05$). Было зарегистрировано также достоверное улучшение параметров диастолической функции ЛЖ: отношение максимальной скорости раннего кровенаполнения к максимальной скорости позднего кровенаполнения увеличилось от $0,93 \pm 0,03$ до $1,33 \pm 0,08$ ($p < 0,05$), время изоволюмического расслабления ЛЖ и время замедления кровотока уменьшилось от $118,3 \pm 4,32$ до $96,3 \pm 4,08$ мсек и от $172,3 \pm 9,23$ до $151,2 \pm 7,21$ мсек, соответственно ($p < 0,05$ для каждого).

Заключение. Результаты нашего исследования подтверждают данные крупномасштабных исследований, свидетельствующие о высокой антигипертензивной и кардиопротективной эффективности моксонидина. Кроме того, эти результаты позволяют предположить, что моксонидин, подавляя симпатическую гиперреактивность, приводит к снижению гидролиза жиров, содержания жирных кислот, сокращению доли инсулинорезистентных волокон в скелетных мышцах, усилению переноса и метаболизма глюкозы, что, в конечном итоге, повышает чувствительность к инсулину. Все это делает препарат средством выбора для снижения общего риска сердечно-сосудистых осложнений у больных АГ с СД 2 типа и ожирением.

066 ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ АТЕРОСКЛЕРОЗА У БОЛЬНЫХ С ПОКАЗАНИЯМИ К КОРОНАРНОМУ ШУНТИРОВАНИЮ, РАНЕЕ ПЕРЕНЕСШИХ ЧРЕСКОЖНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Власова Э. Е., Ильина Л. Н., Емельянов А. В., Курбанов С. К., Ширяев А. А.

ФГУ РК НПК МЗ РФ, ИКК им. А. Л. Мясникова, Москва, Россия

Эффективность хирургического лечения ИБС зависит не только от технических “характеристик” первоначального вмешательства, но и от состояния факторов риска после операции. Во многом — это вопрос приверженности к медикаментозному лечению и немедикаментозным мерам профилактики. Доказательная база по эффективности адекватной вторичной профилактики у пациентов, перенесших ангиопластику, в особенности касающаяся терапии статинами, весьма обширна.

Цель. Проанализировать состояние факторов риска атеросклероза (гиперлипидемия, курение, артериальная гипертония) и приверженность к вторичной профилактике среди больных, относящихся к группе очень высокого риска, а именно, среди кандидатов на КШ, ранее уже перенесших чрескожные вмешательства (ЧКВ) — одно или несколько.

Материал и методы. Проанализировано состояние корригируемых факторов риска — гиперхолестеринемии, курения, артериальной гипертензии — 167 пациентов, которым в период с 2009 по 2014 гг была проведена операция коронарного шунтирования (КШ) после одного или более ЧКВ.

Результаты. Все больные без исключения получали гиполипидемическую терапию: 166 — статины (55% — аторвастатин 10-20 мг/сут., 25% — аторвастатин 40-80 мг/сут., 14% — розувастатин 5-10 мг/сут, 6% — симвастатин 10-20 мг/сут.), 1 — комбинированную терапию аторвастатина с эзетимибом. Однако достичь уровня ХС ЛНП <1,8 ммоль/л удалось лишь 16 больным (9,6%), в остальных случаях значения ХС ЛНП были далеки от целевых. Средний уровень ХС ЛНП составлял 2,85±1,05 ммоль/л, общего ХС — 4,74±1,08 ммоль/л. Регулярный контроль уровня липидов, трансаминаз и КФК проводился лишь в 7% больных. Судить о степени снижения ХС ЛНП от исходного не представлялось возможным ввиду отсутствия данных об исходных уровнях практически у всех пациентов. Основной причиной неадекватного лечения по результатам опроса больных явилась неинформированность о необходимости достижения целевых уровней. Позитивный настрой на терапию, доверие к врачам отмечено практически у всех. Оценка состояния других факторов риска атеросклероза показала, что устойчивой нормализации АД не достигли на момент госпитализации 58% больных, продолжали курить 65%.

Заключение. В группе больных, перенесших одно или несколько ЧКВ, поступивших на операцию КШ в связи с развившимся тяжелым рецидивом болезни, состояние вторичной профилактики атеросклероза оказалось на неудовлетворительном уровне. Причиной неадекватной терапии статинами явилась неинформированность больных о необходимости достижения целевого уровня ХС ЛНП, а также отсутствие преемственности динамического наблюдения на амбулаторном этапе.

067 РИСК РАЗВИТИЯ УГРОЖАЮЩИХ НАРУШЕНИЙ РИТМА СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ С МИКСОМАТОЗНОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА

Гаджиева Л. Р., Мурачева Н. В., Ткаченко С. Б.

ФКУЗ Главный военный клинический госпиталь войск национальной гвардии Российской Федерации, Балашиха, Московская область, Россия

Исследования, посвященные изучению наследственных нарушений соединительной ткани (ННСТ), свидетельствуют о том, что патология сердечно-сосудистой системы является наиболее распространенной, а кардиоваскулярные расстройства являются ведущей причиной сокращения продолжительности жизни пациентов. Одним из частых проявлений ННСТ сердца является первичный пролапс митрального клапана (ПМК), частота встречаемости которого по данным Фремингемского исследования составляет 2,4% (по другим данным варьирует от 1,3 до 37%). Аритмический синдром входит в группу синдромов, определяющих танатогенез у лиц с ННСТ сердца, и может служить предвестником внезапной сердечной смерти, а аритмии, не являющиеся жизнеугрожающими, отрицательно влияют на качество жизни. Частота выявления нарушений ритма у лиц с ННСТ сердца по данным разных исследований значительно варьирует и колеблется от 18 до 91%. Этим обусловлено пристальное внимание и изучение причин развития нарушений ритма у данной категории лиц.

Цель. Анализ частоты встречаемости и структуры нарушений ритма сердца у больных с первичным ПМК в зависимости от выраженности структурных изменений створок митрального клапана (МК).

Материал и методы. Было обследовано 89 больных в возрасте 18-45 лет с первичным ПМК. В зависимости от толщины створок МК пациенты были распределены в 2 группы: 1 гр. составили 38 чел. с классической формой ПМК (толщина створки ≥5 мм; Фракскампф Ф.А., 2013), во 2 гр. вошли 51 чел. с неклассической формой ПМК (толщина створки <5 мм). Структурные изменения МК оценивали при ЭхоКГ

исследованиями сердца на аппарате Phillips SD-800 по общепринятой методике. Нарушения ритма сердца оценивали по результатам суточного мониторинга ЭКГ.

Результаты. Исследования показали, что желудочковые экстрасистолы (ЖЭ) регистрировались чаще у пациентов 1 гр. (42%), во 2 гр. — в 2 раза реже (19,6%, в основном одиночные ЖЭ). ЖЭ высоких градаций по Лауну были отмечены только в 1 гр. (3 случая). В 1 гр. регистрировались и частые (более 30 в час) ЖЭ — 7 случаев, из них 4 — аллоритмированные по типу би- и тригеминии. Ускоренный желудочковый ритм наблюдался у 2 больных 1 гр., в одном случае зарегистрирована пароксизмальная желудочковая тахикардия. Во 2 гр. преимущественно регистрировались суправентрикулярные экстрасистолы — 45% случаев (в основном одиночные, реже — аллоритмированные). Эпизоды суправентрикулярной пароксизмальной тахикардии наблюдали в 8 случаях в 1 гр. и 7 — во 2 гр. В обеих группах нередко выявляли суправентрикулярные эктопические ритмы и миграцию водителя ритма по предсердиям. WPW синдром отмечен в 2 случаях (по 1 в группе). Пароксизмы трепетания и фибрилляции предсердий регистрировались в обеих группах, но чаще в 1 гр. (9 случаев), во 2 гр. — 4 случая.

Заключение. Пациенты с первичным ПМК и признаками выраженной миксоматозной дегенерации створок митрального клапана составляют группу высокого риска по развитию желудочковых аритмий, а также других пароксизмальных форм нарушения ритма.

068 ДЕФОРМАЦИОННЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПАЦИЕНТОВ STEMI С РАЗЛИЧНЫМИ ИСХОДАМИ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ

Галимская В. А., Романовская Е. М., Салямова Л. И., Олейников В. Э.

ФГБОУ ВО «Пензенский государственный университет», Пенза, Россия

Цель. Провести корреляционную оценку деформационных характеристик миокарда больных STEMI с различными исходами реваскуляризации методом двухмерного отслеживания ятян серой шкалы (ДОП).

Материал и методы. В исследование была включена 1 группа (49 пациентов со STEMI), средний возраст 51,3±9,1 лет, и контрольная 2 группа (21 здоровых добровольцев) в возрасте 44,9±6,8 лет. Критериями включения в группу 1 было отсутствие гемодинамически значимых стенозов других коронарных артерий кроме инфаркт-связанной, предшествующих инфарктов миокарда и другой сопутствующей патологии со стороны сердечно-сосудистой системы. Инфаркт миокарда подтверждали по данным ЭКГ, диагностическому уровню тропонина I, КФК-МВ и коронароангиографии (КАГ). Эхокардиографическое обследование (ЭХО-КГ) проводили на ультразвуковом сканере MyLab 90 (Esaote, Италия) на 7-й день и через 3 месяца от начала заболевания. Эффективность реваскуляризации оценивали по шкале TIMI (0-3). Среди включенных пациентов было 56% с хорошим ангиографическим результатом (TIMI 2-3) и 44% — с неудовлетворительным эффектом (TIMI 0-1). С помощью программного обеспечения X-Strain™ определяли глобальную продольную, циркулярную и радиальную деформацию (%) и скорость деформации (сек⁻¹) (Global Longitudinal Strain/Strain Rate — GLS/SR), (Global Circular Strain/Strain Rate — GCS/SR), (Global Radial Strain/Strain Rate — GRS/SR). Статистическую обработку проводили с использованием программы Statistica 6.0 (StatSoft Inc., США). Для исследования взаимосвязи применяли коэффициент ранговой корреляции Кендала (τ).

Результаты. Максимальные значения коэффициента корреляции отмечены между значениями баллов TIMI и GLS (τ=0,53, p<0,001). Для параметров GCS и GRS с TIMI значения составили 0,34 (p=0,005) и 0,33 (p=0,006), соответственно. Из всех скоростных характеристик контрактильной функции миокарда с показателями TIMI выявлена умеренная взаимосвязь только с GLSR (τ=0,42, p<0,001).

Заключение. Наблюдается высокая зависимость деформационных характеристик миокарда ЛЖ у больных STEMI от эффективности реваскуляризации.

069 СРАВНИТЕЛЬНАЯ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЧЕТЫРЕХКОМПОНЕНТНОЙ ТЕРАПИИ, ВКЛЮЧАЮЩЕЙ ПРЯМОЙ ИНГИБИТОР РЕНИНА, У СОЛЕЧУВСТВИТЕЛЬНЫХ И СОЛЕРЕЗИСТЕНТНЫХ ПАЦИЕНТОВ С РЕФРАКТЕРНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Гаркуша Е. С., Скибицкий В. В., Фендрикова А. В.
ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России, Краснодар, Россия

Цель. Сравнительный анализ эффективности четырехкомпонентной антигипертензивной терапии, включающей прямой ингибитор ренина (ПИР), у пациентов с рефрактерной артериальной гипертонией (РАГ) в зависимости от наличия солечувствительности.

Материал и методы. В исследование были включены 67 больных с РАГ, у которых на фоне комбинации четырех антигипертензивных препаратов: эналаприл (ренитек 20 мг/сут., MSD); гидрохлотиазид (гипотиазид 12,5 мг/сут., Gedeon Richter); амлодипин (нормодипин 10 мг/сут., Gedeon Richter) и прямой ингибитор ренина алискирен (расилез, 300 мг/сут., Novartis) достигнуты целевые значения артериального давления (АД). После определения солечувствительности (проба В. И. Харченко) пациенты были распределены в 2 группы в зависимости от наличия солечувствительности: группа 1 (n29) — солечувствительные, группа 2 (n38) — солерезистентные. До и через 48 недель лечения оценивались основные параметры суточного мониторинга АД (СМАД) — среднесуточное систолическое и диастолическое АД (САД₂₄ и ДАД₂₄), дневное САД и ДАД (САД_д и ДАД_д), ночное САД и ДАД (САД_н и ДАД_н), вариабельность САД (ВарСАД) и ДАД (ВарДАД), скорость утреннего подъема САД (СУП САД) и ДАД (СУП ДАД).

Результаты. Применение четырехкомпонентной терапии через 48 недель в 1-ой группе сопровождалось достоверным улучшением параметров СМАД: уменьшением САД₂₄ на 19,2%, ДАД₂₄ на 10,6%, САД_д на 21,8%, ДАД_д на 10,8%, САД_н на 15,4%, ДАД_н на 17,2%, ВарСАД на 45,1%, ВарДАД на 51,1%, СУП САД на 10%, СУП ДАД на 4,1% (p<0,05). Во 2-ой группе терапия обеспечивала достоверное уменьшение всех изучаемых показателей СМАД: САД₂₄ на 20,99%, ДАД₂₄ на 12,5%, САД_д на 20,5%, ДАД_д на 13,1%, САД_н на 21,6%, ДАД_н на 20,4%, ВарСАД на 53,5%, ВарДАД на 54,5%, СУП САД на 44,4%, СУП ДАД на 45,4% (p<0,05). При сопоставлении степени уменьшения основных параметров СМАД в группах оказалось, что во 2-ой группе отмечалось более выраженное снижение среднесуточного САД и ДАД, ночного САД, вариабельности САД и СУП САД и ДАД (p<0,05). Через 48 недель лечения в обеих группах отмечалось достоверное увеличение числа пациентов с нормальным СПАД (p<0,05). В 1-ой группе до начала терапии профиль “dipper” регистрировался у 5 (17%) больных, через 48 недель у 18 (62%) (p<0,05). Исходно во 2-ой группе профиль “dipper” определялся у 7 (18%) пациентов, а через 48 недель терапии — у 26 (68%) (p<0,05). Нормализация СПАД регистрировалась у сопоставимого количества больных обеих групп.

Заключение. Таким образом, добавление к терапии ПИР способствовало позитивным изменениям параметров СМАД у пациентов обеих групп. Однако достоверно более выраженный антигипертензивный эффект наблюдался в группе солерезистентных больных РАГ.

070 СПОСОБСТВУЕТ ЛИ ОЦЕНКА РАБОТЫ ВРАЧЕЙ И ИХ ОБУЧЕНИЕ УЛУЧШЕНИЮ КАЧЕСТВА ЛЕЧЕНИЯ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ?

Герасимов С. Н.¹, Посненкова О. М.¹, Киселев А. Р.¹, Коротин А. С.¹, Попова Ю. В.¹, Попов И. А.¹, Радаева И. Ю.¹, Перепелов М. А.², Гриднев В. И.¹

¹ФГБОУ ВО “Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского” Минздрава России, Саратов; ²ГУЗ “Энгельская городская поликлиника №4”, Энгельс, Россия

Цель. Изучить влияние селективной оценки лечения больных артериальной гипертензией (АГ) с последующим обучением врачей на качество медицинской помощи при АГ в сельской поликлинике.

Материал и методы. Оценивалось лечение больных эссенциальной АГ в поликлинике рабочего поселка Саратовской области, обратившихся к участковому терапевту, кардиологу или врачу общей практики в период с 01.07.2015 по 31.07.2015 (n=88, средний возраст 64,6±11,3 года, 39,8% мужчин) и затем с 01.07.2016 по 31.07.2016 (n=94, средний возраст 68,0±11,4 года, 37% мужчин). Для оценки качества немедикаментозных вмешательств проверялось наличие в предшествующие 12 месяцев 1) информации о статусе курения, 2) совета о прекращении курения курящим пациентам, 3) информации о массе тела, 4) совета о снижении веса пациентам с избытком массы тела. Эффективность лечения оценивали по достижению целевого артериального давления (АД) на последнем визите, а также по назначению хотя бы двух антигипертензивных препаратов при АД, превышающем целевое. По результатам 2015 года проводилось обсуждение с врачами поликлиники. На основе клинических рекомендаций по АГ разработаны справочные материалы для использования врачами на приеме, проведен цикл практических занятий по диагностике и лечению АГ. В 2016 году проводилась повторная проверка для оценки отдаленного влияния информирования и обучения врачей на качество лечения больных АГ.

Результаты. При сравнении данных 2015 и 2016г получены следующие результаты. Статус курения установлен у 19,3% (17 из 88) больных АГ в 2015г против 1% (1 из 94) в 2016, p<0,001. Совет по прекращению курения в 2015г дан одному из трех курящих больных. В 2016 году не было выявлено ни одного курящего пациента с АГ, показатель не оценивался. Масса тела была измерена у 6,8% больных АГ в 2015г (6 из 88) и у 21,3% пациентов в 2016г (20 из 94), p=0,006. Совет по снижению веса в 2015 году получили 16,7% (1 из 6) пациентов с избытком массы тела и 10,7% (3 из 28) больных в 2016г. Целевое АД достигнуто у 51% больных АГ в 2015г против 54% в 2016г (45 из 88 больных против 51 из 94, соответственно, p=0,686). Не были назначены два антигипертензивных препарата при нецелевом АД в 58,1% (25 из 43) случаев в 2015г и в 39% (14 из 36) случаев в 2016г, p=0,097.

Заключение. Выборочная оценка наиболее значимых мероприятий медицинской помощи у больных АГ показала, что информирование врачей поликлиники о выявленных недостатках и их обучение не приводит в долгосрочном периоде к значимому улучшению качества лечения. По истечении года после обучения врачей частота достижения целевого АД, назначение комбинированной антигипертензивной терапии при не целевом АД, консультирование по коррекции веса остались на прежнем уровне. Достоверно ухудшилось выявление курения.

071 ТРЕХЛЕТНЯЯ ДИНАМИКА РЕЗУЛЬТАТОВ НАГРУЗОЧНОГО ЭКГ-ТЕСТА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У МУЖЧИН С РАЗЛИЧНЫМ УРОВНЕМ БИЛИРУБИНА КРОВИ

Горбунова О. Е., Дьякова О. Н., Шварц Р. Н., Чернышева Е. Н., Панова Т. Н.

ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ Минздрава России, Астрахань, Россия

Цель. Оценить трехлетнюю динамику результатов нагрузочного ЭКГ-теста у больных хронической ишемической

болезнь сердца мужчин в зависимости от уровня билирубина крови.

Материал и методы. Обследовано 246 мужчин больных хронической ишемической болезнью сердца, имеющих стенокардию напряжения ФК II-III, без заболеваний печени и анемии на момент исследования или в анамнезе: 1 гр. — 146 чел. с уровнем билирубина (БП) <8 мкмоль/л, средний возраст 60 лет [54; 63], 2 гр. — 100 чел. с уровнем БП \geq 8 мкмоль/л, средний возраст 57 лет [52; 63]. БП, его фракции измеряли путем реакции образования азобилирубина при взаимодействии билирубина с диазореактивом, с использованием анализаторов SYNCHRON CX® и калибратора SYNCHRON® Systems Bilirubin Calibrator. Нагрузочный ЭКГ-тест проводился на системе экспертного класса CASE General Electric (США) по методике WHO50 с регистрацией ЭКГ в 2012 и 2015 гг. Статистический анализ проведен при помощи пакета программ Statistica 7.0.

Результаты. За период наблюдения в обеих группах толерантность к физической нагрузке снижалась: в 1 гр. увеличилось число больных с низкой/ниже средней толерантностью с 45% до 49%, а с высокой — снизилось с 33% до 29%; во 2 гр. увеличилось число больных с низкой/ниже средней толерантностью с 33% до 45%, а с высокой — снизилось с 26% до 20% (различия в динамике достоверны ($p < 0,05$ для 2 гр.).

Достоверно снизилось число больных с физиологическим типом реакции сердечно-сосудистой системы на физическую нагрузку в обеих группах: 1 гр. — с 19% до 10% ($p < 0,05$), 2 гр. — с 26% до 23% ($p < 0,05$). В 1 гр. достоверно повысилось число больных с ишемическим типом реакции с 27% до 36% ($p < 0,05$); с аритмическим типом реакции с 19% до 27% ($p < 0,05$), достоверно снизилось число больных с гиперкинетическим типом реакции с 35% до 27%. Во 2 гр. число больных с аритмическим типом реакции достоверно уменьшилось с 9% до 5% ($p < 0,05$), а с ишемическим и гиперкинетическим типом реакции увеличилось достоверно с 27% до 31% и с 38% до 41%, соответственно.

Заключение. 1. Наблюдение за трехлетней динамикой функциональных изменений сердечно-сосудистой системы при хронической ишемической болезни сердца у мужчин выявило снижение толерантности к физической нагрузке в обеих группах вне зависимости от уровня билирубина крови. 2. Рост числа больных с ишемическим типом реакции на физическую нагрузку в динамике значительно выражен при низком уровне билирубина крови (<8 мкмоль/л), который может выступать маркером прогрессирования хронической ишемической болезни сердца у мужчин.

072 ТРЕХЛЕТНЯЯ ДИНАМИКА ПАРАМЕТРОВ ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У МУЖЧИН С РАЗЛИЧНЫМ УРОВНЕМ БИЛИРУБИНА КРОВИ

Горбунова О. Е., Дьякова О. Н., Шварц Р. Н., Чернышева Е. Н., Панова Т. Н.

ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ Минздрава России, Астрахань, Россия

Цель. Оценить трехлетнюю динамику параметров эхокардиографического исследования у больных хронической сердечной недостаточностью в зависимости от уровня билирубина крови.

Материал и методы. Обследовано 246 мужчин с хронической ишемической болезнью сердца, имеющих хроническую сердечную недостаточность (ХСН) I-III ФК (NYHA), без заболеваний печени и анемии на момент исследования или в анамнезе: 1 гр. — 146 чел. с уровнем билирубина (БП) <8 мкмоль/л, средний возраст 60 лет [54; 63], 2 гр. — 100 чел. с уровнем БП \geq 8 мкмоль/л, средний возраст 57 лет [52; 63]. БП, его фракции измеряли с использованием анализаторов SYNCHRON CX® и калибратора SYNCHRON® Systems

Bilirubin Calibrator. Эхокардиографическое исследование проводилось на аппарате Xario. TOSHIBA No. 2B730-680E*1. (Япония) в 2012 и 2015 гг. Оценка типов ремоделирования и локальной сократимости левого желудочка (ЛЖ) проводилась по рекомендациям American Society of Echocardiography (2006 г.). Статистический анализ проведен при помощи пакета программ Statistica 7.0.

Результаты. За период наблюдения число больных с нормальной геометрией миокарда ЛЖ достоверно ($p < 0,05$) уменьшилось в обеих группах: 36% vs 28% и 40% vs 32% в 1 и 2 гр., соответственно. В 1 гр. обнаружено достоверное увеличение числа больных с эксцентрической недилатационной гипертрофией ЛЖ (24% vs 33%, $p < 0,05$) при недостоверных колебаниях числа больных с концентрической гипертрофией (12% vs 14%) и эксцентрической дилатационной гипертрофией (28% vs 25%). Во 2 гр. спектр типов ремоделирования изменился за счет достоверного ($p < 0,05$) увеличения числа больных с концентрической гипертрофией ЛЖ (11% vs 18%), достоверного ($p < 0,05$) уменьшения числа больных с эксцентрической дилатационной гипертрофией (32% vs 28%) при недостоверных колебаниях числа больных с эксцентрической недилатационной гипертрофией (17% vs 22%).

При наблюдении в динамике за локальной сократительной способностью ЛЖ установлено, что количество сегментов миокарда ЛЖ с нормокинезом достоверно ($p < 0,05$) уменьшилось в обеих группах: в 1 гр. с 62% до 37%, во 2 гр. с 65% до 52%. В 1 гр. появилось достоверно ($p < 0,05$) больше сегментов с гипокинезом (24% vs 40%), дискинезом (3% vs 7%), во 2 гр. — с дискинезом (3% vs 9%).

Заключение. 1. Наблюдение за трехлетней динамикой изменений геометрии левого желудочка и его локальной сократительной способности при хронической сердечной недостаточности у мужчин с ишемической болезнью сердца выявило взаимосвязь прогрессирования функциональных нарушений с уровнем билирубина крови. 2. Значительный рост числа больных с эксцентрической недилатационной гипертрофией, гипокинезом и дискинезом сегментов миокарда левого желудочка в динамике ассоциирован с низким уровнем билирубина крови (<8 мкмоль/л), который может выступать маркером прогрессирования хронической сердечной недостаточности.

073 ВЛИЯНИЕ ВАРИАбельНОСТИ ГЛИКЕМИИ НА ВАРИАбельНОСТЬ РИТМА СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Грицевская Д. Ю., Мякина Н. Е.

Новосибирский государственный медицинский университет, Новосибирск, Россия

Цель. Изучить влияние вариабельности гликемии на вариабельность ритма сердца у пациентов с сахарным диабетом 2 типа.

Материал и методы. В нашем исследовании мы изучили взаимосвязь между спектральными характеристиками вариабельности ритма сердца и колебаниями гликемии (одновременными и предшествующими) у пациентов сахарным диабетом 2 типа, получающих инсулин и имеющих высокий кардиоваскулярный риск. В исследование было включено 38 женщин и 11 мужчин с сахарным диабетом 2 типа в возрасте 47-81 лет с уровнем гликозилированного гемоглобина 5-12%, 23 из которых имели кардиоваскулярную форму автономной нейропатии. Пациентам одновременно проводились непрерывный мониторинг гликемии и суточная запись электрокардиограммы по Холтеру. На основании данных непрерывного мониторинга гликемии определялись 8 показателей вариабельности гликемии: стандартное отклонение (SD), индекс длительного повышения уровня гликемии (CONGA), индекс лабильности (LI), индекс J, средняя амплитуда колебаний гликемии (MAGE), среднечасовая скорость изменения гликемии (MAG), индекс риска гипогликемии LBG1, индекс MVALUE. На основании суточной электрокардиограммы по Холтеру определя-

лись показатели вариабельности сердечного ритма в низкочастотном (LF) и высокочастотном (HF) диапазонах.

Результаты. Значения LF и HF-компонента демонстрировали тенденцию к снижению после еды, тогда как отношение LF/HF не изменялось. Показатели LF и HF в ночные часы были значительно выше, чем днем в тощачковом и постпрандиальном состоянии. Показатели вариабельности гликемии были значительно выше в дневные часы, чем в ночные. Дневные параметры вариабельности ритма сердца коррелировали с показателями вариабельности гликемии, рассчитанными за ночные часы, предшествовавшие Холтеровскому мониторингу электрокардиограммы: дневные значения LF и HF в тощачковом состоянии обратно коррелировали со средним уровнем гликемии измеренным за прошлую ночь ($r=-0,38$, $p=0,01$ и $r=-0,35$, $p=0,02$) и с индексом риска гипергликемии, измеренным за прошлую ночь ($r=-0,38$, $p=0,01$ и $r=-0,33$, $p=0,03$ соответственно). Значение LF после еды также коррелировало с обоими указанными параметрами вариабельности гликемии ($r=-0,42$, $p=0,04$, и $r=-0,43$, $p=0,004$, соответственно). Для тощачкового и постпрандиального значений LF были обнаружены положительные корреляции с ночным LBG1 ($r=0,34$, $p=0,02$ и $r=0,31$, $p=0,037$). Уровень гликозилированного гемоглобина также достоверно обратно коррелировал с значениями LF натощак ($r=-0,3$, $p=0,046$) и HF после еды ($r=0,28$, $p=0,047$).

Заключение. У пациентов с сахарным диабетом 2 типа гипергликемия, как длительная, отражаемая уровнем гликозилированного гемоглобина, так и кратковременная, отражаемая индексами вариабельности гликемии, достоверно коррелирует с более низкими спектральными показателями вариабельности ритма сердца.

074 НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫЕ ЯВЛЕНИЯ ФАРМАКОТЕРАПИИ И ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К НЕЙ ПО ДАННЫМ АМБУЛАТОРНОГО РЕГИСТРА ПРОФИЛЬ

Дмитриева Н. А., Лукина Ю. В., Марцевич С. Ю.

ФГБУ «ГНИЦ профилактической медицины» Минздрава России, Москва, Россия

Сбор информации о нежелательных явлениях при приеме лекарственной терапии и взаимосвязь приверженности к лечению с нежелательными явлениями являются актуальными при проведении наблюдательных исследований.

Цель. Анализ нежелательных явлений (НЯ) и приверженности к лекарственному лечению по данным результатов анкетирования и карт амбулаторного регистра «ПРОФИЛЬ».

Материал и методы. В основу сбора данных взят амбулаторный регистр «ПРОФИЛЬ», в который включались пациенты, обратившиеся за консультацией в специализированное кардиологическое подразделение Научно-исследовательского центра в период с января 2011 по август 2015 г. включительно. Имелись два источника информации о наличии НЯ. Первый — данные из общей карты, охватывающей вопросы о принимаемых пациентом лекарственных препаратах, дозах препаратов, регулярность приема и наличии НЯ с необходимостью отмены препарата. Другой источник — данные анкетирования по приверженности к проводимой терапии пациентов, у которых визиты состоялись в 2014–2015 гг. Анкеты заполнялись пациентами самостоятельно и включали вопросы, позволяющие оценить приверженность пациентов к терапии (в том числе, 4-вопросный тест Мориски-Грина (МГ)), факторы на нее влияющие и переносимость препаратов, оцененную самими пациентами. На вопросы анкеты ответили 487 пациентов. Статистический анализ проведен с помощью пакета IBM SPSS Statistics Version 20 с использованием методов описательной и аналитической статистики для количественных (с учетом нормальности распределения) и качественных переменных.

Результаты. По данным карт среди всех пациентов НЯ зарегистрированы у 223 (14,6%), при этом отмечена всего 301

нежелательная реакция (НР), по 2 НР у 63 пациентов, по 3 — у 15. По данным анкетирования НЯ отметили 115 пациентов, было зарегистрировано 139 НР (у 18 пациентов по 2 реакции, у троих — по 3 НР). По структуре наиболее часто отмечались аллергические реакции, желудочно-кишечные реакции, как по данным карт, так и анкетирования. Было выявлено совпадение сведений о наличии НЯ при приеме фармакотерапии по данным анкет и карт только у 46 пациентов. При анализе НЯ при приеме статинов у больных, заполнивших оригинальные анкеты, врачи сообщили о 13 таких случаях, пациенты — о 14, однако совпадение данных получено лишь для 3 пациентов. По тесту МГ 108 пациентов (24,3%) были привержены к терапии, 121 (27,2%) — частично привержены и 216 (48,5%) — не привержены. У пациентов, неприверженных к лечению по тесту МГ ($p=0,005$) и по оригинальной анкете ($p=0,08$), чаще отмечались НЯ.

Заключение. Результаты исследования демонстрируют аналогичную структуру НЯ при приеме фармакотерапии по данным врачей (карты регистра) и пациентов (анкеты), однако отмечается значительно меньшее число НЯ по результатам анкетирования. Подтверждена нулевая гипотеза о взаимосвязи НЯ и приверженности к терапии: пациенты с зарегистрированными по данным карт НЯ чаще оказываются не приверженными к назначенному лекарственному лечению.

075 ГЕНДЕРНО-ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ИБС У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ КОРОНАРНОЕ СТЕНТИРОВАНИЕ

Жданова Е. А., Эфрос Л. А.

ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, Челябинск; ГБУЗ «Челябинская областная клиническая больница», Челябинск, Россия

Несмотря на доказанную эффективность коронарного стентирования в лечении больных ишемической болезнью сердца (ИБС), у части больных в отдаленном периоде наблюдается отрицательная динамика.

Цель. Выявить гендерно-возрастные особенности клинического течения ИБС у больных, перенесших коронарное стентирование.

Материал и методы. В исследование включены пациенты, перенесшие стентирование коронарных артерий по поводу острого коронарного синдрома в кардиологическом отделении ГБУЗ «Челябинская областная клиническая больница» с мая по октябрь 2015 года ($n=266$), среди них 199 (74,8%) мужчин, средний возраст $58,5 \pm 8,9$ лет и 67 (25,2%) женщин, средний возраст $62,9 \pm 8,9$ лет. Все пациенты взяты под диспансерное наблюдение. Статистический анализ выполнен с помощью прикладных программ Microsoft Office и программы SPSS Statistics (версия 13.1).

Результаты. Анализ результатов показал, что доля пациентов с инфарктом миокарда с подъемом ST (ИМсрST) составила 47,7% ($n=127$), доля пациентов с инфарктом миокарда без подъема ST (ИМбпST) — 18,8% ($n=50$), доля пациентов с нестабильной стенокардией (НС) — 33,5% ($n=89$). В динамике через 1 год осмотрены 113 пациентов (42,5%) из общего числа пациентов, включенных в исследование. Летальный исход в течение года наступил у 8 (3,0%) пациентов. Прогрессирование ИБС (повторный инфаркт миокарда, в том числе в результате тромбоза стента, НС, повторная реваскуляризация в течение года, возвратная стенокардия или утяжеление функционального класса имеющейся ранее стенокардии, положительные результаты нагрузочных тестов, значимая гипоперфузия по данным сцинтиграфии миокарда) было выявлено у 55 пациентов (48,7%). Чаще всего ухудшение происходило в группе пациентов с ИМбпST (56,3%) и с нестабильной стенокардией (51,2%). При этом ухудшение чаще всего наблюдалось в возрасте 55–64 лет у мужчин (44,4%) и у женщин (66,7%). В группе

пациентов с ИМбпСТ тромбоз стента произошел в 11,1% случаев. Инфаркт миокарда в течение года произошел в группе пациентов с НС в 27,3% случаев. Повторная госпитализация чаще всего была в группе пациентов с НС. Повторное стентирование у пациентов с НС было проведено в 22,7% случаев, а в группе пациентов с ИМбпСТ в 22,2% случаев. Рестентирование также чаще выполнялось у пациентов с НС (22,7% случаев). Коронарное шунтирование чаще проводилось в группе пациентов с ИМбпСТ (33,3% случаев).

Заключение. Ухудшение течения ИБС у больных после коронарного стентирования в течение года наблюдения отмечалось в 48,7% случаев. Выявлена тенденция прогрессирования ИБС в динамике, причем чаще в группе больных с ИМбпСТ и нестабильной стенокардией в возрасте 55-64 лет, как у мужчин, так и у женщин.

076 ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ ПРИ ЕЕ КОМОРБИДНОСТИ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Зарипова Т. Н., Антипова И. И.

Филиал ТННИКФ ФГБУ СибФНКЦ ФМБА России, Томск, Россия

Цель. Выявление особенностей течения артериальной гипертонии (АГ) при её коморбидности с бронхиальной астмой (БА).

Материал и методы. Исследование выполнено у 182 больных: 77 человек (I группа) с указанной коморбидной патологией, 55 человек (II группа) имели БА без АГ и 52 — (III группа) — АГ. Все группы были сопоставимы между собой по полу: преобладали женщины. Больные I и III групп были сопоставимы по тяжести АГ и возрасту. Больные II группы были моложе: 36,7 [17,0;56,0] против 52,4 [28,0;73,0] лет ($P=0,000$), не имели тяжелого течения БА (в I группе последнее было у 4,5% обследованных). Анализ суточной динамики АД проводили осциллометрическим методом. Об активности процессов ПОЛ в сыворотке судили по концентрации в ней малонового диальдегида (МДА), активности каталазы, содержанию церулоплазмина. Для оценки состояния гуморального и клеточного звеньев иммунитета проводили определение следующих показателей: абсолютное и относительное содержание субпопуляций лимфоцитов, несущих антигены CD3+, CD4+, CD8+, CD16+, CD19+, определяли соотношение CD4+/CD8+. Коморбидная патология (АГ+БА) характеризовалась наличием более выраженного воспалительного ответа на системном уровне. В частности, больные I группы чаще имели измененные биохимические показатели крови, характеризующие наличие активности воспаления, у них были более низкие значения иммунорегуляторного индекса (CD4/CD8), свидетельствуя о более выраженном дисбалансе клеточного звена иммунитета и преобладании воспаления по Th-2 типу.

Результаты. Больные I группы имели более высокое содержание в крови МДА по сравнению с больными III группы: 4,12 [3,8;4,8] и 3,1 [2,3;4,6] ммоль/л, $P=0,027$ и обратную корреляционную связь этого показателя с контролируемостью БА ($r=-0,25$; $P=0,0043$). У них же было более высокое содержание в крови веществ, характеризующих состояние антиоксидантной защиты (церулоплазмин и внеклеточная каталаза) в сравнение с больными II и III групп. По данным СМАД выявлено, что у больных АГ в сочетании с БА на 15,5% чаще ($P\chi^2=0,05$) наблюдалось повышение диастолического давления днем и на 27,1% чаще ($P\chi^2=0,01$) — избыточный утренний подъем диастолического давления. При этом на 48,3% чаще ($P\chi^2=0,01$) была увеличена скорость утреннего подъема АД. Изучение циркадного ритма выявило его нарушения у 69,9% больных с коморбидной патологией и у 53,4% больных с артериальной гипертонией, в основном в виде недостаточного снижения АД ночью. В то же время у 31% обследованных больных I группы (против 15,5% больных III группы) регистрировалось резкое снижение диастолического давления ночью (тип “Овердипперы”). Таким образом, коморбидность АГ и БА приводит к более значимому измене-

нию суточного профиля АД, в том числе в виде прогностически неблагоприятных ситуаций в виде резкого подъема АД утром и резкого его падения ночью.

Заключение. Перечисленное выше свидетельствует о необходимости разработки нового подхода к лечению данной коморбидной патологии.

077 ПАРТНЕРСТВО В ОБУЧЕНИИ — ТЕРРИТОРИЯ ЗАБЛУЖДЕНИЙ

Иванова Н. А., Шумова А. Л., Журавлева Т. П.

ОГБПОУ “Рязанский медицинский колледж”, Рязань, Россия

С целью снижения частоты госпитализаций в группе больных, состоящих на диспансерном наблюдении, необходимо изучить факторы, наиболее часто провоцирующие ухудшение состояния для определения приоритетов в обучении больных.

Цель. Изучить причины госпитализации больных кардиологического профиля, прошедших обучение по вопросам сохранения и укрепления здоровья.

Материал и методы. Было опрошено 24 пациента кардиологического отделения больницы скорой медицинской помощи, средний возраст 60,7±2,3 лет, 54% мужчин, 46% женщин. Все пациенты состояли на диспансерном учете по поводу гипертонической болезни, ишемической болезни сердца или сочетания этих заболеваний. Анкета включала блоки вопросов, касающихся причин госпитализации, владения приемами самопомощи, а также изучения уровня подготовленности пациентов по вопросам управления состоянием здоровья.

Результаты. Контроль уровня артериального давления проводили практически все пациенты, при этом 94% применяли лекарственные препараты согласно рекомендациям врачей до вызова бригады “Скорой медицинской помощи”. Все опрошенные пациенты показали высокий уровень информированности по вопросам дозировки, особенностей приема лекарственных препаратов. Резкое ухудшение состояния у 7 пациентов (29,2%) было связано с психологическими факторами (конфликты в семье, на работе), у 11 пациентов (45,8%) — с физической нагрузкой в домашних условиях и на работе, один пациент связал ухудшение состояния с неправильным приемом лекарств. Не смогли указать причину ухудшения состояния 5 человек (20,8%).

Заключение. Исследование показало, что медицинские работники достаточно успешно обучают пациентов методам самоконтроля состояния и приема лекарственных препаратов. Преследуя одну и ту же цель — улучшение качества жизни, пациенты и медицинские работники на решение этой проблемы смотрят с разных позиций. Пациенты в достижении этой цели доверяют медицинским работникам, однако их ожидаемый результат — минимизация воздействия заболевания на жизнедеятельность и состояние здоровья, то есть управление здоровьем. Медицинские работники ориентированы на формирование приверженности пациентов к лечению, то есть на управление заболеванием.

Таким образом, общая территория — территория обучения пациентов, является “территорией заблуждений”, так как участники (партнеры) имеют разные ориентиры в достижении одной и той же цели. Для решения этой проблемы необходимо развитие новых навыков у медицинских работников, с ориентацией на больного (например, решение проблем, связанных с индивидуальными особенностями поведения).

078 ОСОБЕННОСТИ ЛИПИДНОГО СПЕКТРА РАБОТНИКОВ ЛОКОМОТИВНЫХ БРИГАД С РАЗНЫМ СУТОЧНЫМ ПРОФИЛЕМ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ

Казидова Е. Н., Веневцева Ю. Л., Мельников А. Х., Сергунина И. Н.

Медицинский институт ФГБОУ ВО “Тульский государственный университет”, Тула, Россия

К состоянию здоровья машинистов и их помощников, имеющих высокий уровень профессионального стресса, предъявляются повышенные требования, при этом заинтересованность самих работников в сохранении здоровья позволяет надяться на успешность профилактических мероприятий.

Цель. Изучение особенностей липидного спектра работников локомотивных бригад с мягкой артериальной гипертензией (АГ) в зависимости от характера суточного профиля артериального давления (АД).

Материал и методы. Проанализированы данные клинического стационарного обследования 36 мужчин 22-42 лет и 50 человек 43-55 лет перед прохождением врачебно-экспертной комиссии. Данные представлены как $M \pm \sigma$.

Результаты. Самыми многочисленными были группы дипперов ($n=14$ и $n=22$; средний возраст $30,9 \pm 6,1$ и $48,8 \pm 3,2$ года) и нон-дипперов ($n=14$ и $n=20$; $34,6 \pm 5,6$ и $49,6 \pm 3,4$ лет). Тип найт-пикер встречался реже ($n=8$ и $n=8$; $31,8 \pm 6,3$ и $51,1 \pm 3,9$ года).

Различий по индексу массы тела (ИМТ) между группами не было: $28,1 - 29,8 \text{ кг/м}^2$ во всех группах, кроме найт-пикеров до 42 лет с ИМТ $31,3 \text{ кг/м}^2$, а также семейной отягощенностью по АГ. Среди найт-пикеров старше 42 лет курили $87,5\%$, в то время как дипперы этой возрастной группы курили достоверно реже (50%), как и нон-дипперы (15%).

Во всех группах дневное систолическое АД (САД) не различалось, регистрируясь в диапазоне нормы ($122,6 - 128,7$ мм рт.ст.). Дневное ДАД было ниже у найт-пикеров, чем у дипперов, что наблюдалось как у лиц до 42 лет ($66,6 \pm 7,7$ мм рт.ст. и $72,6 \pm 5,6$ мм рт.ст., $p < 0,05$), так и старше 42 лет ($71,4 \pm 5,4$ и $78,2 \pm 7,2$ мм рт.ст.; $p < 0,01$). Если у лиц молодого возраста тип найт-пикер формировался за счет повышения только ночного ДАД, то у лиц среднего возраста — как ДАД, так и САД.

Все различия в липидном профиле наблюдались у лиц до 42 лет. Так, общий холестерин (ОХ) был достоверно выше в группе дипперов ($5,7 \pm 0,5$ ммоль/л), чем в остальных группах того же возраста ($4,7 \pm 1,0$ и $5,0 \pm 1,1$ ммоль/л). Уровень ЛПВП был достоверно выше у нон-дипперов ($1,79 \pm 0,9$ ммоль/л), чем у найт-пикеров ($1,26 \pm 0,2$ ммоль/л), у которых был несколько выше уровень триглицеридов. Уровень ЛПНП во всех группах был примерно одинаковым. Коэффициент атерогенности был выше нормы ($3,7 \pm 2,1$ ммоль/л) только у найт-пикеров старше 42 лет, при этом ОХ во всех группах среднего возраста составлял $4,8 - 4,9$ ммоль/л.

Заключение. С увеличением возраста работников локомотивных бригад с мягкой АГ наиболее клинически неблагоприятный тип найт-пикер формируется за счет повышения как САД, так и ДАД, что может соответствовать инверсному циркадному ритму других физиологических функций вследствие большого стажа работы в ночную смену. Ожидаемой четкой связи между липидным спектром и типом суточного профиля АД у мужчин 22-42 и 43-55 лет с напряженными условиями труда не обнаружено.

079 СПОСОБ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ И НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Камилова У. К., Расулова З. Д.

АО «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации», Ташкент, Узбекистан

Цель. Раннее выявление неблагоприятных признаков прогрессирования хронической сердечной недостаточности (ХСН) у больных ишемической болезнью сердца (ИБС).

Материал и методы. Всего было обследовано 180 больных ИБС с I (40), II (75) и III (65) функциональным классом (ФК) ХСН (согласно классификации Нью-Йоркской Ассоциации кардиологов по данным теста шестиминутной ходьбы и по шкале оценки клинического состояния больных (ШОКС)). Всем пациентам проводились: эхокардиография с оценкой конечно-диастолического и конечно-систоличе-

ского объемов и размеров левого желудочка (ЛЖ) (КДО, КСО и КДР, КСР), фракции выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ), индекса массы миокарда ЛЖ (ИММЛЖ), индекса систолической и диастолической сферичности (ИСs и ИСd); при проведении доплерографии брахиоцефальных артерий и почечных артерий оценивали показатель толщины интима-медия (ТИМ) на уровне общей сонной артерии (ОСА), резистивного и пульсационного индекса (RI и PI) на уровне правой и левой почечной артерий; расчетным методом скорость клубочковой фильтрации (СКФ) по формуле MDRD (Modification of Diet in Renal Disease Study) в мл/мин/1,73 м².

Результаты. Для оценки значимости отдельных признаков в прогнозировании течения ХСН использован метод, основанный на теории распознавания образов с вероятностным подходом. Были оценены частота вероятности признака при благоприятном и неблагоприятном течении ХСН, вычислены диагностические коэффициенты (ДК) и определены информативность каждого признака. В соответствии с методом А. Вальда вычисленные ДК каждого из признаков проводилось по формуле: $DK = 10 \times \lg P1/P2$, где P1 — относительная частота признака в первом верифицируемом состоянии, выраженная в долях от единицы; P2 — относительная частота признака во втором верифицируемом состоянии, выраженная в долях от единицы, \lg — десятичный логарифм. Информативность (I) каждого из ДК рассчитывалась по формуле Кульбака: $J = 0,5 \times DK \times (P1 - P2)$. Информативную ценность имели только признаки, имевшие высокую J — равную 0,5 и более. Затем были выбраны диагностические пороги (суммы ДК), позволившие принять правильное диагностическое решение. Для определения неблагоприятного течения ХСН были определены следующие признаки: СКФ_{MDRD} менее 60 мл/мин/1,73 м², ФВ ЛЖ менее 50%, КДО более 137 мл, КСР более 43 мм, ИСd более 0,72, ТИМ ОСА более 1,1 мм. Были определены диагностические пороги: при пороговой величине +15 и более прогнозируется неблагоприятное течение ХСН; при значениях — 20 и менее делается заключение о стабильном течении ХСН.

Заключение. Выявление признаков: СКФ_{MDRD} менее 60 мл/мин/1,73 м², ФВ ЛЖ менее 50%, КДО более 137 мл, КСР более 43 мм, ИСd более 0,72, ТИМ ОСА более 1,1 мм определяет неблагоприятное течение и прогрессирование ХСН у больных с ИБС.

080 АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫХ БОЛЕЗНЕЙ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ В 2014-2016 ГОДАХ

Кароль Е. В.^{1,2}, Ломоносова О. В.^{1,2}, Хандрикова Я. Н.¹, Кантемирова Р. К.^{2,3}

¹ФКУ «ГБ МСЭ по г. Санкт-Петербургу» Минтруда России, Санкт-Петербург; ²ГБОУ ВПО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России, Санкт-Петербург; ³ФГБУ СПб НЦЭПР им. Г.А. Альбрехта Минтруда России, Санкт-Петербург, Россия

Цель. Изучение распространенности и структуры первичной инвалидности вследствие цереброваскулярных болезней (ЦВБ) в Санкт-Петербурге (СПб) за период 2014-2016гг, анализ структуры инвалидности в трудоспособном и в пенсионном возрасте по группам инвалидности.

Материал и методы. Данные формы государственной статистической отчетности (формы 7-собес) Главного бюро медико-социальной экспертизы СПб. Методы: ретроспективный анализ, сравнительно-сопоставительный синтез.

Результаты. Инвалидность вследствие ЦВБ занимает второе ранговое место как в общей структуре первичной инвалидности жителей СПб (11,6% от общего числа впервые признанных инвалидами (ВПИ) в трудоспособном возрасте (ТВ), 20% ВПИ в пенсионном возрасте (ПВ)), так и в структуре инвалидности вследствие болезней системы кровообращения (БСК): 33% ВПИ вследствие БСК в ТВ, 40,4% — в ПВ. Интенсивный показатель первичной инвалидности на 10 тыс. взрослого населения снизился за 3 года с 9,0 до 7,3; в трудоспособном возра-

сте — с 3,9 до 3,8; в пенсионном возрасте — с 17,1 до 15,0. В структуре первичной инвалидности вследствие ЦВБ значительно преобладала доля граждан ПВ (65,1%). Анализ возрастной структуры показал, что доля граждан ПВ значительно преобладает и в среднем за 3 года составила 65,1%; доля лиц средней возрастной группы (женщины 45-54 лет, мужчины 50-59 лет) составила 28,5%; доля лиц молодого возраста (женщины и мужчины от 18 до 44 лет) была существенно ниже и составила в проанализированном периоде 6,4%. Структура первичной инвалидности вследствие ЦВБ по группам инвалидности в зависимости от возраста: в ТВ существенно преобладает удельный вес инвалидов III группы (57,3%), доля инвалидов II группы — 33%; инвалидов I группы — 9,7%; при этом доля инвалидов III группы за 3 года выросла на 7%, а инвалидов II группы снизилась на 5,3%. Среди инвалидов вследствие ЦВБ в ПВ преобладает доля инвалидов II группы (40,8%), доля инвалидов III группы составляет 37,3%; удельный вес инвалидов I группы (21,9%) по сравнению с инвалидами ТВ выше в 2,2 раза; существенной динамики структуры первичной инвалидности вследствие ЦВБ в ПВ по группам не выявлено.

Заключение. В структуре первичной инвалидности в СПб за период 2014–2016 гг, несмотря на тенденцию к снижению интенсивного показателя первичной инвалидности, выявлен высокий удельный вес инвалидности вследствие ЦВБ. Удельный вес первичной инвалидности вследствие ЦВБ выше в пенсионном возрасте. Отмечены различия в структуре инвалидности вследствие ЦВБ по группам инвалидности в зависимости от возраста.

081 АНАЛИЗ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА ВСЛЕДСТВИЕ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫХ БОЛЕЗНЕЙ

Кароль Е. В.^{1,2}, Кантемирова Р. К.^{2,3,4}, Иванов О. В.¹, Хандрикова Я. Н.¹

¹ФКУ ГБ МСЭ по г. Санкт-Петербургу Минтруда России, Санкт-Петербург; ²ГБОУ ВПО СЗГМУ им. И. И. Мечникова Минздрава России, Санкт-Петербург; ³ФГБУ СПб НЦЭПР им. Г. А. Альбрехта Минтруда России, Санкт-Петербург; ⁴ФГБОУ ВО СПбГУ, Санкт-Петербург, Россия

Цель. Экспертно-реабилитационный анализ реабилитационных мероприятий (РМ), рекомендованных инвалидам пожилого возраста (ПВ) вследствие цереброваскулярных болезней (ЦВБ), анализ обеспечения техническими средствами реабилитации (ТСР), результатов их проведения.

Материал и методы. Данные формы государственной статистической отчетности (формы 7-собес) бюро медико-социальной экспертизы (МСЭ) Санкт-Петербурга (СПб); выборочное исследование актов и протоколов МСЭ в отношении 140 человек. Методы исследования: ретроспективный анализ, выкопировка данных, экспертных оценок, аналитический, статистический.

Результаты. Инвалидность вследствие ЦВБ в СПб на протяжении последних 10 лет занимает значительное место в структуре общей инвалидности; при этом инвалиды ПВ составляют значительное большинство. В структуре общей инвалидности с 2011 г. по 2015 г. отмечено увеличение доли инвалидов III группы по ЦВБ, снижение доли инвалидов II группы, и к 2015 г. достижение примерно сопоставимого уровня I, II, III групп (35–32,2–32,8%). Ведущими дезадаптирующими клиническими синдромами в структуре ЦВБ, которые приводят к ограничениям жизнедеятельности, являются двигательные, речевые и высшие корковые нарушения вследствие ОНМК, когнитивные нарушения вследствие дисциркуляторной энцефалопатии и сосудистой паркинсонизм. Анализ динамики ГИ при переосвидетельствовании показывает невысокий уровень частичной реабилитации инвалидов I группы (6,7%) и II группы (2,4%); высокий уровень стабильности инвалидности среди инвалидов I (93,3%), II (67,7%) и III (74,4%) групп; высокие показатели утяжеления инвалидности у инвалидов II (29,9%) и III (20%) групп.

Ведущими направлениями медицинской реабилитации у всех инвалидов ПВ вследствие ЦВБ является восстанови-

тельная терапия; у инвалидов II и III групп и санаторно-курортное лечение. Инвалидам II и III групп в качестве мер профессиональной реабилитации рекомендовались содействие в трудоустройстве и производственная адаптация. Всем инвалидам ПВ вследствие ЦВБ рекомендовались мероприятия социальной реабилитации, особенно социально-средовая и социально-психологическая реабилитация. В качестве ТСР инвалидам ПВ вследствие ЦВБ преимущественно были рекомендованы средства, компенсирующие ограничения способности к самообслуживанию и передвижению. Анализ результатов РМ по критериям, используемым в практике учреждений МСЭ, показывает невысокую эффективность большинства РМ.

Заключение. Анализ проблем реабилитации инвалидов ПВ вследствие ЦВБ как высоко распространенной патологии с полиморфными инвалидирующими проявлениями свидетельствует о необходимости усиления профилактики инвалидности; контроля за полнотой выполнения РМ; разработки и совершенствования критериев и механизмов оценки эффективности реабилитации.

082 ТРЕВОЖНЫЕ И ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ЛИЦ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Касумов В. В.¹, Осипова И. В.², Погосова Н. В.³

¹КГБУЗ “Первомайская ЦРБ им. А. Ф. Воробьева”, Новоалтайск; ²ГБОУ ВПО Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул; ³ФГБУ “ГНИЦ профилактической медицины” Минздрава России, Москва, Россия

Цель. Изучение текущей распространенности тревожных и депрессивных состояний среди пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ), наблюдавшихся в первичном звене здравоохранения.

Материал и методы. В исследование включены 186 больных с верифицированной артериальной гипертензией (АГ) и/или ишемической болезнью сердца (ИБС) в возрасте 55 лет и старше (средний возраст \pm СО 66,8 \pm 6,8 лет), 56 (30%) мужчин и 130 (70%) женщин. АГ считалась верифицированной при уровне артериального давления (АД) пациента \geq 140/90 мм рт.ст. и/или приеме антигипертензивной терапии. ИБС считалась верифицированной в 2 случаях: при перенесенном и документально подтвержденном инфаркте миокарда или при типичных приступах стенокардии в сочетании с положительными результатами неинвазивного обследования (пробы с физической нагрузкой и/или стресс-эхокардиографии, и/или мультиспиральной компьютерной томографии) и/или инвазивного обследования (коронарографии). Оценка психологического статуса пациентов проводилась по данным Госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS).

Результаты. Абсолютное большинство пациентов, включенных в исследование, имели АГ (82,2%). Сочетание АГ и ИБС отмечалось у 17,8% участников исследования. У включенных больных усредненный показатель по подшкале тревоги HADS составил 7,9 \pm 3,9 балла, по подшкале депрессии — 8,2 \pm 4,1 балла.

У трети пациентов (27,4%) отмечалась умеренная или клинически выраженная тревожная симптоматика (\geq 11 баллов по подшкале тревоги HADS). Обращает на себя внимание тот факт, что среди женщин тревожность встречалась заметно чаще, чем у мужчин (87% против 13%, соответственно, $p < 0,05$).

Кроме того, у трети пациентов (28,5%) отмечалась умеренная или клинически выраженная депрессивная симптоматика (\geq 11 баллов по подшкале депрессии HADS). Депрессивное состояние также значительно чаще отмечалось у женщин, чем у мужчин (70% против 30% соответственно, $p < 0,05$).

У 58,5% пациентов с клинически выраженной тревогой и у 66,6% пациентов с клинически выраженной депрессией зарегистрировано повышение офисного АД \geq 140/90 мм рт.ст.

Заключение. Результаты исследования показали, что среди больных с ССЗ тревожные и депрессивные расстройства встречаются значительно чаще у женщин, чем у мужчин.

083 ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЕЙ И ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНЮ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Ким И. В.¹, Бочкарева Е. В.¹, Варакин Ю. Я.²

¹ФГБУ “ГНИЦ профилактической медицины” Минздрава России, Москва; ²ФГБНУ “Научный центр неврологии”, Москва, Россия

Эффективная антигипертензивная терапия (АГТ) и контроль “церебральных” жалоб имеют большое значение для замедления прогрессирования цереброваскулярной болезни (ЦВБ). Показано, что лечение гипертонических больных с ЦВБ не только снижает артериальное давление до целевого уровня, но также уменьшает количество “церебральных” жалоб. Однако АГТ ослабляет “церебральные” жалобы только у части больных, в остальных случаях требуется комбинированное лечение вазоактивными и нейропротективными препаратами с целью профилактики прогрессирования ЦВБ и уменьшения риска осложнений.

Цель. Оценить частоту назначения АГТ и препаратов с нейропротективным действием у больных гипертонией и различными формами ЦВБ в амбулаторных условиях.

Материал и методы. В исследование включены 257 пациентов, пришедших на прием к участковому врачу-терапевту “по любому поводу” и имевшие по данным первичной медицинской документации артериальную гипертонию 1-3 степени. Проводился опрос с применением унифицированного вопросника для выявления ЦВБ. Верификация диагноза осуществлялась врачами неврологом и кардиологом, при необходимости проводилось дополнительное инструментальное обследование. Проводился анализ амбулаторных карт для сбора сведений о характере медикаментозной терапии, если таковая назначалась. Статистическую обработку данных проводили с помощью пакета программ Statistica 6.0.

Результаты. Различные формы ЦВБ имелись у 148 (57,6%) пациентов, в том числе ранее перенесенные острые формы ЦВБ у 21 (8,2%) чел., хронические формы — у 53 (20,6%) чел., острые в сочетании с хроническими формами — у 74 (28,8%) чел. Анализ амбулаторных карт показал, что АГТ была назначена у 88,7% чел. Целевые показатели артериального давления были достигнуты в 66,1% случаев. Частота назначения препаратов различных групп составляла: бета-адреноблокаторов — 62,6%, ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента — 50,9%, диуретиков — 22,2%, антагонистов кальция — 21,4%, антагонистов рецепторов ангиотензина — 13,6%. Некоторые больные артериальной гипертонией I степени получили рекомендации по коррекции образа жизни без назначения лекарственной терапии. Вазоактивные и нейропротективные препараты были назначены лишь 29,2% больным ЦВБ: вазоактивные препараты 8,3%, нейропротекторы 26,0%. Больные, не переносившие инсульт, принимали эти классы препаратов значительно реже, чем больные с инсультом в анамнезе, соответственно в 10,0% и 36,4% случаев ($p=0,037$).

Заключение. Препараты, улучшающие церебральный кровоток и метаболизм, не назначаются в достаточном объеме в первичном здравоохранении. Это вызвано отсутствием научно-обоснованных клинических рекомендаций по лечению больных гипертонией и сопутствующими ЦВБ.

084 ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У СОЛЕЧУВСТВИТЕЛЬНЫХ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА НА ФОНЕ ХРОНОФАРМАКОТЕРАПИИ

Киселёв А. А., Скибицкий В. В., Фендрикова А. В., Пугач Л. В.

ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России, Краснодар, Россия

Цель. Оценить динамику показателей структурно-функционального состояния миокарда левого желудочка (ЛЖ) у солечувствительных пациентов с неконтролируемой артериальной гипертонией (НКАГ) и сахарным диабетом (СД) 2 типа на фоне двух режимов дозирования в течение суток комбинированной антигипертензивной терапии.

Материал и методы. На основании результатов пробы на солечувствительность (по методике В. И. Харченко) в исследование отобраны 67 солечувствительных пациентов с НКАГ и СД 2 типа, медиана возраста которых 62 (39 — 78) года. Больные были рандомизированы в 2 группы в зависимости от режима приема антигипертензивной терапии: пациенты 1-ой группы ($n=34$) получали утром индапамид-ретард 1,5 мг и рамирил 10 мг, вечером — амлодипин 10 мг, пациенты 2-ой группы ($n=33$) — индапамид-ретард 1,5 мг и амлодипин 10 мг утром, рамирил 10 мг — вечером. Всем пациентам исходно и через 24 недели наблюдения проводили эхокардиографическое (ЭХО-КГ) исследование с определением массы миокарда левого желудочка (ММЛЖ), индекса ММЛЖ (ИММЛЖ), толщины задней стенки (ТЗС) ЛЖ и межжелудочковой перегородки (ТМЖП), конечно-диастолического размера (КДР), конечно-систолического размера (КСР), фракции выброса ЛЖ (ФВЛЖ). Статистическая обработка данных проводилась с использованием пакета программ Statistica 6.1.

Результаты. Исходно показатели ЭХО-КГ в группах достоверно не различались. Через 24 недели проведенной терапии в обеих группах больных отмечалась достоверная положительная динамика эхокардиографических показателей. Так, в 1-ой группе наблюдалось статистически значимое снижение ММЛЖ — на 11,9%, ИММЛЖ — на 18,3%, ТЗСЛЖ — на 9,1%, ТМЖП — на 4,4%, КДР — на 11,2%, КСР — на 10,2% ($p<0,05$ для всех показателей). Во 2-ой группе статистически значимо уменьшились ММЛЖ — на 15,7%, ИММЛЖ — на 18,5%, ТЗСЛЖ — на 18,5%, ТМЖП на 18,6%, КДР — на 18,7%, КСР — 15,7% ($p<0,05$ для всех показателей). ФВЛЖ увеличилась на 1,8% в 1 группе и на 9,1% во 2 группе. Вместе с тем позитивная динамика основных эхокардиографических показателей оказалась достоверно более значимой во 2 группе по сравнению с 1 группой пациентов.

Заключение. Прием комбинированной антигипертензивной терапии, включающей индапамид-ретард 1,5 мг и амлодипин 10 мг утром, рамирил 10 мг — вечером, по сравнению с альтернативным режимом дозирования препаратов, оказывает достоверно более выраженный антиремоделлирующий эффект у солечувствительных больных с неконтролируемой артериальной гипертонией и сахарным диабетом 2 типа, что может быть использовано для индивидуализации антигипертензивной терапии и профилактики кардиоваскулярных осложнений у данной категории больных.

085 АНАЛИЗ ВЗАИМОСВЯЗИ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ МИОКАРДА И УЧАЩЕНИЯ ПРИСТУПОВ СТЕНОКАРДИИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЮ СЕРДЦА С СОПУТСТВУЮЩЕЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Ковальчук А. Н.¹, Дедов Д. В.^{1,3}, Эльгардт И. А.³, Мазаев В. П.², Рязанова С. В.², Маслов А. Н.¹

¹ФГБОУ ВО “Тверской государственный медицинский университет” Минздрава России, Тверь; ²ФГБУ “ГНИЦ профилактической медицины” Минздрава России, Москва; ³ГБУЗ Тверской области “Областной клинический кардиологический диспансер”, Тверь, Россия

Цель. Изучить взаимосвязь различных типов ремоделирования миокарда и учащения приступов стенокардии у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) и артериальной гипертензией (АГ).

Материал и методы. В исследование вошли 94 больных хронической ИБС и АГ (средний возраст $63,4 \pm 6,8$ лет). Они прошли обследование и лечение на базе ГБУЗ Тверской области “Областной клинический кардиологический

диспансер” (Тверь) и ФГБУ “Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины” (Москва). Пациенты обследовались при включении в исследование и через 12 месяцев. Использованы методы: анамнестический; электрокардиография; эхокардиография (ЭхоКГ) с доплерокардиографией. Всем пациентам ИБС была верифицирована при коронароангиографии в отделении рентгеноэндоваскулярных методов диагностики и лечения ГНИЦ ПМ МЗ РФ. При ЭхоКГ определялось наличие гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ). ЭхоКГ признаками ГЛЖ считалось увеличение индекса массы миокарда ЛЖ у мужчин и женщин >115 и 95 г/м² площади поверхности тела соответственно. Были выделены пациенты с концентрическим ремоделированием (КР), концентрической гипертрофией (КГ) и эксцентрической гипертрофией (ЭГ) ЛЖ. При повторном обращении определяли события комбинированной конечной точки (ККТ). Она включала: учащение приступов стенокардии до 7-8 раз в неделю, вызов “Скорой помощи”, госпитализацию в кардиологическое отделение. По признаку наличия/отсутствия ККТ из обследованных сформировали 2 группы: 1-я — 52 пациента, имевших события ККТ; 2-я — 42 больных без ККТ. Сравнение данных выполнено с помощью критериев Манна-Уитни, Краскела-Уоллиса, таблиц сопряженности, χ^2 Пирсона.

Результаты. Получено, что среди больных 1-й группы КРЛЖ, КГЛЖ и ЭГЛЖ найдены у 21,2%, 42,3% и 36,5% обследованных соответственно. При этом, события ККТ ассоциировались с выявлением КГЛЖ ($\chi^2=21,3$; $p<0,01$) и ЭГЛЖ ($\chi^2=13,5$; $p<0,05$).

Заключение. Таким образом, у больных ИБС и АГ ремоделирование миокарда в виде КГЛЖ и ЭГЛЖ связано с учащением приступов стенокардии. При этом, КРЛЖ можно считать более благоприятным вариантом развития структурно-функциональной перестройки миокарда ЛЖ.

086 ВЛИЯНИЕ ПОЛНОЙ И НЕПОЛНОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА НА ЧАСТОТУ ПОВТОРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У ПАЦИЕНТОВ С КОРОНАРНОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Комков А. А.^{1,2}, Мазаев В. П.¹, Рязанова С. В.¹, Самочатов Д. Н.²

¹ФГБУ “ГНИЦ профилактической медицины” Минздрава России, Москва; ²ГБУЗ “ГКБ № 67 им. Л.А. Ворохобова ДЗМ”, Москва, Россия

Цель. Оценить влияние полной и неполной реваскуляризации миокарда у пациентов с коронарной болезнью сердца (КБС) на исходы заболевания на различных сроках после чрескожных коронарных вмешательств (ЧКВ).

Материал и методы. В исследование был включен 141 больной с КБС после ЧКВ с имплантацией голометаллических стентов (ГМС) и стентов с лекарственным покрытием (СЛП). Обязательным критерием включения в исследование было наличие повторной коронароангиографии (ПКАГ) и/или ЧКВ на ранних, средне-отдаленных и отдаленных сроках после исходной ЧКВ (ИЧКВ). ПКАГ и/или ЧКВ были выполнены по клиническим показаниям — возврат стабильной стенокардии, либо острого коронарного синдрома (ОКС) — нестабильной стенокардии (НС) или острого инфаркта миокарда (ОИМ). Неполная реваскуляризация миокарда определялась как наличие стеноза $\geq 50\%$ по диаметру в любой крупной (≥ 2 мм) коронарной артерии после завершения ИЧКВ. Все пациенты были подразделены на группы в зависимости от наличия полноты реваскуляризации: полная реваскуляризация (ПР) и неполная реваскуляризация (НПР), а также типа, установленного стента (ГМС или СЛП). Пациенты, которым были имплантированы ГМС, и СЛП исключены из исследования. Произведен статистический анализ следующих анамнестических, клинических переменных и факторов сердечно-сосудистого риска.

Результаты. Средний возраст больных был $60,55 \pm 8,62$ лет. В большинстве это были мужчины (74,47%). В различных группах (ГМС и СЛП, ПР и НПР) возраст и пол был сопоставимы ($p>0,05$). Время до повторного наблюдения (дней) — Ме 182,94 (75,83; 508,20). НПР была у 68 больных (48,23%), ПР у 73 (51,77%). ГМС были имплантированы 77 пациентам, СЛП — 64. Медиана наблюдения за пациентами с ГМС составила 163,98 (79,03; 622,13) дня, для СЛП — Ме 207,86 (62,38; 470,52) дней. Рестенозы на момент ПКАГ чаще отмечались в группе с ГМС (35,06%), чем в группе с СЛП (18,75%). Острый коронарный синдром наблюдался на отдаленном этапе у 11 (57,89%) пациентов с неполной реваскуляризацией и у 8 (42,11%) пациентов с полной. Среднее время до повторного наблюдения составило 115 дней при неполной реваскуляризации, 269 при полной.

Заключение. Повторные ЧКВ происходили значительно раньше при НПР, нежели в группе с ПР. В группе ГМС повторные ЧКВ были часто связаны с ранними рестенозами, в группе со СЛП повторные вмешательства выполнялись позднее, однако, данная разница была недостоверна в связи с большим временем наблюдения за пациентами с ГМС. Острый коронарный синдром чаще отмечался у пациентов с НПР.

087 ОЦЕНКА СИМПТОМНОСТИ ПАРОКСИЗМОВ У ПАЦИЕНТОВ С ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ ПОСЛЕ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛЯЦИИ ЛЕГОЧНЫХ ВЕН

Корнелюк О. М.

РНПЦ “Кардиология”, Минск, Беларусь

По данным консенсуса Heart Rhythm Society, эффективность 1-й радиочастотной абляции легочных вен (РЧА ЛВ) составляет 40-60%. В настоящее время одной из вторичных точек успешности РЧА ЛВ может считаться устранение симптомной фибрилляции предсердий (ФП). Поэтому необходима разработка методик количественной оценки симптомных пароксизмов.

Цель. Провести анализ симптомности пароксизмов ФП в различные сроки после РЧА ЛВ при помощи сопоставления данных СМ ЭКГ и дневника-хронокарты (ДХК) у пациентов после РЧА ЛВ.

Материал и методы. Включено 36 пациентов (25 мужчин и 11 женщин) с неклапанной пароксизмальной ФП. Средний возраст составил 51 [45,5; 57,5] год; длительность аритмического анамнеза 38,5 [23,5; 80] месяцев; количество пароксизмов за 30 дней до РЧА ЛВ 7 [4,5; 17,5]; нагрузка ФП за 1 месяц 27 [7; 53,5] часов. В зависимости от наличия рецидива по данным ЭКГ, СМ ЭКГ и/или ДХК в период от 3 до 6 месяцев после РЧА они были разделены на 2 группы: 1-я — 16 человек с рецидивом (44%), 2-я — 20 человек без него (56%). Исследования проводились в следующие сроки после РЧА ЛВ: ЭКГ, СМ ЭКГ — на следующий день после операции, через 1 неделю, 1, 3, 6 и 12 месяцев или при появлении жалоб на аритмию; анализ ДХК — в течение всего периода наблюдения. Сопоставимость групп оценивалась при помощи критерия χ^2 , сравнение независимых выборок — с использованием критерия Манна-Уитни.

Результаты. Установлено, что в группе без рецидива эпизоды ФП по СМ ЭКГ регистрировались достоверно реже через 1 неделю, 1, 3, 6 и 12 месяцев после РЧА ЛВ ($p=0,0015$, $p=0,02$, $p=0,02$, $p=0,02$, $p=0,048$, соответственно). Полученные данные свидетельствуют о том, что в группе рецидива эпизоды ФП регистрировались чаще уже в ранние сроки. Проведено сопоставление данных СМ ЭКГ и ДХК с целью определения частоты бессимптомных пароксизмов в различные сроки послеоперационного наблюдения. Наибольшее число бессимптомных пароксизмов отмечено в первые сутки после РЧА ЛВ. Из 10 лиц с зарегистрированными пароксизмами ФП протекала бессимптомно у 4 человек (40%): в группе

рецидива у 2 пациентов из 4 (50%), в группе без рецидива — у 2 из 6 (33%), данные сопоставимы, ($p=0,7$). В дальнейшем количество бессимптомных пароксизмов снижается, и к 30 суткам бессимптомные пароксизмы составляют 20%, причем отмечаются только у лиц с наличием рецидива. С 3-го месяца после РЧА ЛВ и в дальнейшем, в обеих группах все пароксизмы носят симптомный характер.

Заключение. 1. Начиная с периода от 8 до 30 суток в группе рецидива число симптомных пароксизмов становится достоверно выше по сравнению с группой без рецидива ($p=0,0001$). Эти различия сохраняются в течение всего дальнейшего наблюдения. 2. Бессимптомные пароксизмы у пациентов после РЧА ФП наблюдались в сроке до 3 месяцев, далее все пароксизмы носили симптомный характер. 3. Регистрация симптомных пароксизмов с помощью ДХК является достаточно объективным способом оценки эффекта РЧА ЛВ через 3 месяца после операции и не требует последующего использования СМ ЭКГ.

088 НЕРЕШЕННЫЕ ВОПРОСЫ ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ДЕКОМПЕНСАЦИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Костенко В. А., Скородумова Е. А., Скородумова Е. Г.

ГБУ “Научно-исследовательский институт скорой помощи им. И. И. Джанелидзе”, Санкт-Петербург, Россия

Цель. Оценить прогноз в течение двух лет от момента выписки после первичной госпитализации по поводу острой декомпенсации (ОД) сердечной недостаточности (СН) у пациентов с ишемической болезнью сердца, а также выявить особенности и недостатки ведения таких больных на амбулаторном этапе наблюдения.

Материал и методы. Проанализированы истории болезни 208 больных с ОД СН, их витальный статус в течение двух лет после выписки из стационара. Средний возраст популяции $69,4 \pm 10,2$ года, мужчин 55,4%, женщин 44,6%, средняя длительность наблюдения составила $26,3 \pm 9,3$ месяца, минимальная для выживших — 24 месяца, максимальная — 60 месяцев.

Результаты. При анализе историй болезни обращал на себя внимание факт, что препараты хотя бы трех из четырех групп с доказанным эффектом получали 22% больных, максимально переносимые дозы бета-блокаторов — 3%; 16,8% не получали вообще никакой терапии. Амбулаторно под медицинским наблюдением находились 32,7%, из которых 10% — под кардиологическим наблюдением. Возможно, с этим связана выявленная частота повторных госпитализаций: у 208 пациентов за 2 года произошло 397 повторных госпитализаций, из которых ОД СН отмечалась в 85,1% случаев, другие сердечно-сосудистые причины — 11,1%, а некардиоваскулярные — 3,8%. Летальность в стационаре у таких пациентов составила 5,5%, отдаленная — 44%. Среди причин смерти доминировала ОД СН — 9,1%, внезапная смерть — 5,5%, инфаркт миокарда — 4,5%, тромбоэмболия легочной артерии — 2%, острое нарушение мозгового кровообращения возникло в 1,1%. Смерть от несосудистых причин составила 0,9%.

Заключение. 1. Первые месяцы после госпитализации пациента с ОД СН являются критически важными для его дальнейшей судьбы — большинство летальных исходов и повторных госпитализаций приходится именно на этот период. 2. В настоящее время отсутствует система оказания помощи таким больным, что приводит к недостаточно активной терапии, отсутствию адекватного контроля тогда, когда пациенты в наибольшей степени нуждаются в этом. 3. Необходима преемственная система оказания помощи пациентам, перенесшим ОД СН, включающая стационар, амбулаторное звено со специалистами по СН, школой для пациентов и подразделением для больных в терминальной стадии СН, и центр оказания высокотехнологичной помощи, включая трансплантацию сердца.

089 ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ РЕАБИЛИТАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ ПО ДАННЫМ ТОТАЛЬНОГО РЕГИСТРА ОКС ПО КРАСНОДАРСКОМУ КРАЮ

Кручинова С. В., Космачева Е. Д., Рафф С. А., Порханов В. А.

ГБУЗ “Научно-исследовательский институт — Краевая клиническая больница №1 имени профессора С. В. Очаповского” Министерства Здравоохранения Краснодарского края, Краснодар, Россия

Цель. На основании данных, полученных в ходе ведения тотального регистра Краснодарского края оценить влияние реабилитации на отдаленные исходы у пациентов с острым коронарным синдромом (ОКС).

Материал и методы. Основаны на итогах 6 месячного наблюдения за пациентами, перенесшими острый инфаркт миокарда с последующей ангиопластикой коронарных артерий, включенных в регистр.

С 20.11.15 по 20.05.16 в регистр включены 4837 пациентов с ОКС. У 3420 пациентов подтвержден диагноз острый инфаркт миокарда, 2190 больным (64,1%) выполнена реваскуляризация миокарда, методом чрескожной ангиопластики. Выделенная когорта пациентов, в зависимости от пройденных ступеней реабилитации, была разделена на три группы: пациенты получившие только стационарный этап кардиореабилитации — 24,3%; пациенты, прошедшие наряду с первым этапом реабилитации и ранний активный реабилитационный этап в санаториях кардиологического профиля, с последующим переходом на поликлинический этап — 35,2%; пациенты, выписанные после стационарного этапа кардиореабилитации на поликлинический этап — 40,5%.

Всего удалось проследить исходы у 1503 (68,7%): 256 пациентов из 1 группы; 631 — из 2 группы; 616 — из 3 группы.

Результаты. Среди участников исследования в срок до 6 месяцев от начала симптомов были госпитализированы с повторными эпизодами ОКС: с нестабильной стенокардией 12 (4,7%) человек из первой, 16 (2,5%) из второй и 25 (4,1%) из третьей группы; с повторным ИМ 23 (9,0%) пациента первой группы, 14 (2,2) второй и 20 (3,2%) третьей. Во второй группе и повторный ИМ ($p<0,001$), и нестабильная стенокардия ($p=0,0046$) диагностировались значительно реже, чем в первой. Различные вмешательства на коронарных артериях были проведены у 36 (14,1%) больных из первой группы, у 22 (3,5%) из второй у 28 (4,5%) из третьей. Через 6 месяцев в первой группе смерть более часто наступала от ОКСпСТ ($p=0,078$), а во второй ($p=0,032$) и третьей ($p<0,0045$) группах причиной летального исхода чаще становился ОКСбпСТ. Показатели летальности как во второй ($p=0,0064$), так и в третьей ($p=0,03$) группе были статистически значительно ниже, чем в первой, несмотря на тот факт, что именно в этой группе серьезное снижение глобальной сократимости миокарда (фракция выброса $<40\%$) наблюдалось значительно чаще.

Заключение. В современных условиях возрастают требования к качеству и эффективности оказания медицинской помощи, в том числе и к реабилитации как очень важному компоненту лечебного процесса. Комплексная кардиореабилитация не только улучшает, но и дает ощутимый эффект уже в первые 6 месяцев в виде снижения общей и сердечно-сосудистой летальности, уменьшения числа госпитализаций.

090 ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА, И ЕЕ ВЛИЯНИЕ НА ТЕЧЕНИЕ ПОСТИНФАРКТНОГО ПЕРИОДА

Кужелева Е. А., Гарганеева А. А., Кузьмичкина М. А.

НИИ кардиологии, Томский НИМЦ, Томск, Россия

Цель. Оценить приверженность к лечению больных, перенесших инфаркт миокарда, и ее влияние на течение постинфарктного периода.

Материал и методы. В исследование включено 115 пациентов, перенесших инфаркт миокарда (ИМ) и зарегистрированных в базе данных “Регистр острого инфаркта миокарда”. Наблюдение за пациентами осуществлялось на протяжении 5 лет. Для определения степени приверженности к лечению применялась шкала Мориски-Грина, приверженными к лечению считались пациенты, набравшие 3-4 балла (группа 2), “не приверженными” — 0-2 балла (группа 1).

Результаты. Установлено, что только 45% пациентов, выживших после перенесенного ИМ, привержены рекомендациям лечащего врача относительно применяемой медикаментозной терапии. Через пять лет наблюдения группа пациентов с плохой приверженностью назначенному лечению значительно превосходила противоположную группу по количеству случаев повторных ИМ (25% в первой группе и 10% во второй; $p=0,04$). Выявлено, что у пациентов, не приверженных к лечению, риск развития повторного ИМ повышался в 3 раза по сравнению с “приверженными” больными (ОШ 2,9; 95%ДИ 1,109-8,977; $p=0,04$). В свою очередь развитие повторного нефатального ИМ повышало риск летального исхода в постинфарктном периоде в 4,5 раз (ОШ 4,5; 95%ДИ 2,2-8,99; $p<0,001$). У пациентов, не приверженных к лечению, в 2 раза чаще регистрировались различные виды нарушений сердечного ритма, чем у больных, регулярно принимающих рекомендованные препараты (45% и 22%, соответственно; $p=0,01$). Прогрессирование хронической сердечной недостаточности (30% и 22%; $p=0,3$), а также число госпитализаций в связи с обострением ишемической болезни сердца за указанный промежуток времени (52% и 42%; $p=0,2$) несколько чаще наблюдались у пациентов 1 группы, однако из-за небольшого объема выборки необходимый уровень статистической значимости не был достигнут.

Следует обратить отдельное внимание на тот факт, что средние значения показателей липидограммы не достигали целевых уровней независимо от степени приверженности пациентов лечению (уровень общего холестерина составил $5,24\pm 0,9$ у пациентов, не приверженных к лечению, и $4,9\pm 0,9$ — у “приверженных” больных, $p=0,047$). Кроме этого, каждый пятый пациент, строго соблюдавший врачебные рекомендации, не достигал целевых уровней артериального давления.

Заключение. Приверженность лечению является отдельным независимым аспектом эффективности мероприятий вторичной профилактики ишемической болезни сердца. Несоблюдение врачебных рекомендаций пациентами, перенесшими ИМ, приводит к значительному увеличению вероятности развития неблагоприятных сердечно-сосудистых событий в постинфарктном периоде. Вместе с тем, установленный факт отсутствия достижения целевых значений липидограммы и уровня артериального давления в постинфарктном периоде даже у приверженных к лечению пациентов свидетельствуют о недостаточной эффективности назначаемой патогенетической терапии и требует к себе повышенного внимания и коррекции.

091 АНТИКОАГУЛЯНТНАЯ ТЕРАПИЯ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ПНЕВМОНИЕЙ

Легкова А.А., Белякова И.В.

ФГБОУ ВО Северный государственный медицинский университет, Архангельск, Россия

Цель. Оценить эффективность и безопасность антикоагулянтной терапии для профилактики тромбоэмболических осложнений (ТЭО) у пациентов с пневмонией.

Материал и методы. В исследование вошли 86 пациентов с пневмонией, пролеченные в условиях второго терапевтического отделения ГБУЗ АО “Первая городская клиническая больница им. Е.Е. Волосевич” за период с июня 2015 года

по декабрь 2015 года включительно. Методом сплошной выборки мы проанализировали 86 доступных из 110 историй болезни пациентов данной нозологии. Были оценены: риск ТЭО; необходимость, эффективность и безопасность антикоагулянтной терапии. Статистическая обработка данных осуществлялась с помощью программы SPSS Statistics 17.0. Статистическая значимость показателей сравнения присваивалась при $p<0,05$.

Результаты. Внебольничная пневмония встречалась в 83,7% случаев ($n=72$), госпитальная пневмония составила 16,3% ($n=14$). Доля лиц женского пола — 52,3% ($n=45$), мужского пола 47,7% ($n=42$). Исходя из факторов риска ТЭО шкалы “Саргини” мы ранжировали пациентов по следующим возрастным группам: <41 г. — 30,2% ($n=26$); 41-60 лет — 23,3% ($n=20$); 61-74 г. — 26,74% ($n=23$); >74 — 19,8% ($n=17$). Исходя из оценки характеристик течения и сопутствующей патологии преобладали пациенты высокого (36,1%) и крайне высокого риска (24,4%), пациенты среднего риска составили 22%, низкого риска — 17,4%. Антикоагулянтная терапия для профилактики ТЭО была показана 82,6% ($n=71$), но назначена 71,8% ($n=51$) из нуждающихся. Относительные противопоказания наблюдались у 2 пациентов из 20, которым показана, но не назначена терапия: уровень гемоглобина <100 г/л. Антикоагулянтная терапия гепарином проводилась у 76,5% ($n=39$), средняя доза 12000 ± 4000 МЕ. Терапия фраксипарином назначена 23,5% ($n=12$) пациентам, средняя доза $5225\pm 0,26$ МЕ. В начале терапии АЧТВ определено у 94,1% пациентов с уровнем АЧТВ $35,19\pm 8,04$ секунд. В динамике этот показатель не удлинялся $31,6\pm 7,03$ ($p=0,197$) и был определен лишь у 23,08% из нуждающихся. Анти-Ха активность ни у кого не определялась. Уровень тромбцитов в начале антикоагулянтной терапии определен у 100% пациентов и составил $219 [33;943] \cdot 10^9/\text{л}$. В динамике этот показатель оценен у 64,71% ($n=33$ из 51) и составил $343 [68;799] \cdot 10^9/\text{л}$. Уровень АТ III составил $69,5\pm 19,38\%$ и был определен у 11,76% ($n=6$ из 51) только в начале терапии. Геморрагических проявлений у пациентов не выявлено. Наблюдался 1 случай летального исхода по причине тромбоза глубоких вен голени, на фоне неэффективной антикоагулянтной терапии гепарином.

Заключение. В исследуемой группе 82,56% нуждались в профилактике ТЭО. Антикоагулянтная терапия была проведена лишь в 71,83% случаев. Контроль над эффективностью антикоагулянтной терапии гепарином проводился лишь у 23,08% пациентов. Прирост АЧТВ отсутствовал ($p=0,197$). Оценить эффективность терапии фраксипарином невозможно, так как анти-Ха активность не определялась. Для оценки безопасности антикоагулянтной терапии уровень тромбцитов оценен лишь в 64,71% случаев.

092 ПРИВЕРЖЕННОСТЬ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА К ВРАЧЕБНЫМ РЕКОМЕНДАЦИЯМ ПО ДАННЫМ РЕГИСТРОВ ЛИС-1 И ПРОФИЛЬ

Лукина Ю. В.¹, Дмитриева Н. А.¹, Воронина В. П.¹, Загребельный А. В.¹, Лерман О. В.¹, Толтыгина С. Н.¹, Фокина А. В.², Гинзбург М. Л.², Кутишенко Н. П.¹, Марцевич С. Ю.¹

¹ФГБУ “ГНИЦ профилактической медицины” Минздрава России, Москва; ²МУЗ “Люберецкая районная больница №2”, Люберцы, Россия

Цель. На основании данных двух регистров: госпитально-го (ЛИС-1) и амбулаторного (ПРОФИЛЬ), дополненных результатами анкетирования больных, оценить приверженность пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) к соблюдению врачебных рекомендаций и факторы на нее влияющие.

Материал и методы. Анкетирование в рамках госпитально-го регистра ЛИС-1 было выполнено 272 пациентам, госпитализированным в Люберецкую районную больницу №2 с диагнозом “острый коронарный синдром” за период с 1 декабря 2011 года до 1 декабря 2012 года (анкеты заполнялись пациен-

тами в стационаре, однако оценивалась приверженность к лечению в период, предшествующий референсной госпитализации). На вопросы этой же анкеты ответили 487 пациентов амбулаторного регистра ПРОФИЛЬ, которые приходили на первичный визит в научное подразделение исследовательского центра за период с 1 января 2014 года по 31 августа 2015 г., у 250 из этих больных была диагностирована ИБС (анкеты заполнялись во время амбулаторного визита).

Результаты. По данным исследуемых регистров выявлены статистически значимые отличия между пациентами, заполнившими анкеты, по показателям среднего возраста: $66,4 \pm 8,5$ лет в регистре ЛИС-1, $63,6 \pm 12,5$ лет — в регистре ПРОФИЛЬ ($p=0,003$); соотношению мужчин и женщин: 1:1 (ЛИС-1) и 3:1 (ПРОФИЛЬ) ($p<0,0001$); уровню образования — высшее образование было у 30,1% пациентов ЛИС-1 и у 72,1% больных регистра ПРОФИЛЬ ($p<0,0001$). По результатам анкетирования для пациентов госпитального регистра ЛИС-1 были характерны более высокие показатели потенциальной приверженности к врачебным рекомендациям по изменению образа жизни, однако более низкие уровни общей и фактической приверженности к ВР (для догоспитального этапа лечения), устойчивости к назначенной терапии, регулярности наблюдения в лечебно-профилактических учреждениях (ЛПУ), степени доверия лечащему врачу, веры в эффективность рекомендованного лечения ($p<0,05$).

Заключение Результаты исследования показали существенное отличие по различным аспектам приверженности у больных амбулаторного и госпитального регистров (потенциальной и фактической приверженности, устойчивости к непрерывному лечению и др.). Среди факторов, с большой степенью вероятности влияющих на данные различия, выявлены уровень образования, регулярность посещения лечащего врача и вид ЛПУ, в котором наблюдается пациент, а также информированность пациента о своем заболевании.

093 ОСОБЕННОСТИ ТЕРАПИИ ОКС/ОИМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛА И ВОЗРАСТА ПО ДАННЫМ РЕГИСТРА В ОДНОМ ИЗ РАЙОНОВ Г. ТАШКЕНТА

Мамутов Р. Ш., Уринов О. У.

АО “Республиканский специализированный центр кардиологии”, Ташкент, Узбекистан

Цель. Изучить половозрастные особенности терапии ОКС/ОИМ в рамках исследования “Регистр ОКС/ОИМ”, в одном из районов г. Ташкента.

Материал и методы. Эпидемиологические особенности острого инфаркта миокарда и острого коронарного синдрома изучались среди постоянного населения одного из районов (М. Улугбекском) г. Ташкента.

В регистр включено 683 больных с ОИМ/ОКС, в том числе мужчин — 464 (67,9%) женщин — 219 (32,1%). Средний возраст в целом по группе составил $57,15 \pm 9,08$ лет; средний возраст мужчин — $56,06 \pm 9,55$ лет, женщин — $59,48 \pm 7,51$ лет.

Для обработки полученных данных использовались популяционно-профилактические, статистические, математические методы исследования.

Результаты. Исследуемую выборку составили 406 (59,4%) госпитализированных больных, в том числе 262 мужчины (64,5%) и 144 женщины (35,5%), из числа включенных в исследование. В стационаре умерло 54 (13,3%) пациента, в связи с чем прогностическое значение качества лечения оценивалось у 352 пациентов.

При оценке проводимой терапии было выявлено, что наиболее часто при выписке назначалась АСК и БАБ; у мужчин — 200 (88,9%) и 186 (82,7%), у женщин — 105 (82,7%) и 111 (87,4%), соответственно. Клопидогрель был использован у 152 (43,2%) пациентов. У мужчин клопидогрель назначался в 1,6 раз чаще, чем у женщин (50,2% и 30,7%, соответственно). Анализ других групп лекарственных препаратов,

входящих в стандарты лечения ОКС/ОИМ, установил, что иАПФ или АРА назначались 161 мужчине (71,5%), 101 женщине (79,5%), а нитраты и статины использовались у половины пациентов (у мужчин 57,8% и 56,0%; у женщин 44,9% и 55,9%, соответственно).

Анализ назначения ЛС при выписке из стационара в зависимости от возраста показал, что статины назначались чаще мужчинам в более молодом возрасте 20-39 лет, 40-49 лет (68,7% и 67,7%, соответственно); а у женщин — в возрасте 40-49 лет (60,0%), а нитраты чаще назначались как мужчинам, так и женщинам в старшей возрастной группе 60-69 лет (64,5% и 63,6%, соответственно). Назначение диуретиков с возрастом увеличивается независимо от пола; в возрасте 40-49 лет — 3,2% и 20,0%, соответственно, среди мужчин и женщин, а в возрасте 60-69 лет — 25,2% и 28,6%. АРА в 3,3 раза чаще назначались женщинам, чем мужчинам: в возрасте 60-69 лет — 24,7% и 7,5%, соответственно.

При оценке приверженности пациентов к лечению в течение 6 месяцев наблюдения было установлено, что прием статинов снизился в 1,8 и 1,6 раза среди мужчин 20-39 лет и 40-49 лет и среди женщин 40-49 лет — в 3 раза (с 60% до 20%). Прием нитратов среди мужчин 20-39 лет снизился в 1,5 раза (с 37,5% до 25%), среди женщин 40-49 лет в 1,5 раза, чем за 6 месяцев до этого (с 60% до 40%).

Заключение. Статины назначались чаще мужчинам в более молодом возрасте 20-39 лет, 40-49 лет (68,7% и 67,7%, соответственно); а у женщин — в возрасте 40-49 лет (60,0%), а нитраты чаще назначались как мужчинам, так и женщинам в старшей возрастной группе 60-69 лет (64,5% и 63,6%, соответственно). Назначение диуретиков с возрастом увеличивается, независимо от пола, а АРА в 3,3 раза чаще назначались женщинам, чем мужчинам. В течение 6 месяцев прием статинов снизился в 1,8 и 1,6 раза среди мужчин 20-39 лет и 40-49 лет и среди женщин 40-49 лет — в 3 раза.

094 НОЗОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА И ТРАНСФОРМАЦИЯ ДИАГНОЗА У МУЖЧИН С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ И/ИЛИ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА (ФРАГМЕНТ ИССЛЕДОВАНИЯ “РОКСИМ-УЗ”)

Нагаева Г. А., Мамутов Р. Ш., Алиева З. Х.

АО “Республиканский специализированный центр кардиологии” МЗ РУз, Ташкент, Узбекистан

Цель. Оценка исходов острых коронарных синдромов (ОКС) и/или острых инфарктов миокарда (ОИМ) у мужчин, обратившихся в ЛПУ одного из районов г. Ташкента (данные регистра “РОКСИМ-Уз”).

Материал и методы. Материалом исследования явилась созданная в соответствии с разработанным протоколом регистра ОКС/ОИМ база анкетных данных пациентов одного из районов г.Ташкента, госпитализированных в соответствующие ЛПУ с диагнозом ОКС/ОИМ (по данным службы “03” и/или семейных поликлиник) за 1 (2015) календарный год. В регистр включено 464 больных, из которых 243 (52,4%) были мужчины с диагнозом ОКС/ОИМ.

Оценивались следующие нозологические единицы: ОИМ с зубцом Q (Q-ИМ), ОИМ без зубца Q (неQ-ИМ), ОКС с подъемом сегмента ST (ОКСпST), ОКС без подъема сегмента ST (ОКСбпST); и нестабильная стенокардия (НС).

Результаты. Средний возраст мужчин составил $57,4 \pm 8,7$ лет. В ходе исследования было установлено, что из 243 (в дальнейшем 100%) мужчин при поступлении в стационар у 26 (10,7%) подразумевался Q-ИМ; у 16 (6,6%) — неQ-ИМ; у 21 (8,6%) — ОКСпST; у 17 (7,0%) — ОКСбпST; у 158 (65,0%) — НС. Оставшиеся 5 (2,1%) мужчин были госпитализированы в ЛПУ с другими диагнозами. При выписке нозологическая характеристика мужчин была следующей: Q-ИМ был диагностирован у 33 (13,6%) мужчин; неQ-ИМ — у 23 (9,4%); ОКСбпST — у 5 (2,1%)

и НС — у 161 (66,3%) пациентов. Диагноз ОКСпСТ при выписке не был зафиксирован ни у одного мужчины, в то время как другие диагнозы были выставлены у 21 (8,6%) пациента. Более подробный анализ выписных диагнозов показал, что у 20 из 26 пациентов диагноз Q-ИМ подтвердился; ОКСпСТ трансформировался в Q-ИМ у 1 больного; ОКСбпСТ — у 10 и НС — у 2 мужчин трансформировалась в Q-ИМ. Структура неQ-ИМ была представлена следующими трансформациями: у 1 больного Q-ИМ трансформировался в Q-ИМ; у 14 из 16 мужчин диагноз подтвердился; у 3-х с ОКСпСТ и у 2-х с ОКСбпСТ был выставлен диагноз неQ-ИМ; у 3 мужчин с НС при выписке был диагностирован неQ-ИМ. Установлено, что за время стационарного лечения 9 (3,9%) пациентов скончались, при этом предварительные диагнозы данных больных были следующими: у 1 подразумевался Q-ИМ; у 1 — ОКСпСТ; у 2 — ОКСбпСТ и у 5 — НС.

Заключение. По данным регистра “РОКСИМ-Уз” из 243 мужчин, госпитализированных с ЛПУ экспериментального района г.Ташкента, подозрение на ОИМ имело место в 17,3% случаев (10,7% Q-ИМ и 6,6% неQ-ИМ), однако при выписке число ОИМ составило 23,0% (13,6% Q-ИМ и 9,4% неQ-ИМ). У 15 из 38, госпитализированных с диагнозом ОКС (13 — с ОКСпСТ и 2 — с ОКСбпСТ) наблюдалась трансформация в ОИМ. Из 9 умерших мужчин у 1 установлен ОИМ.

095 НЕКОТОРЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ РЕГИСТРА ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА И/ИЛИ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА (РЕГИСТР “РОКСИМ-УЗ”)

Нагаева Г. А., Мамутов Р. Ш., Аминов А. А., Мун О. Р.

АО “Республиканский специализированный центр кардиологии” МЗ РУз, Ташкент, Узбекистан

Цель. Изучить основные характеристики регистра острого коронарного синдрома (ОКС) и/или острого инфаркта миокарда (ОИМ), проведенного в одном из районов г.Ташкента за 1 календарный год (данные регистра “РОКСИМ-Уз”).

Материал и методы. Материалом исследования явились созданная и обработанная в соответствии с разработанным протоколом регистра база анкетных данных пациентов, зарегистрированных в одном из районов Ташкента за 1 календарный (2015) год. В регистр включено 782 больных ОКС/ОИМ, из которых 491 (63,7%) были живы, оставшиеся 291 (36,3%) — умерли на догоспитальном этапе (по данным судмедэкспертизы и ЗАГСа).

Результаты. Среди всех 291 умерших мужчины составили 67% (194 человека, средний возраст 56,4±9,8 лет), женщины — 33% (97; средний возраст — 58,3±8,6 лет). Анализ живых 491 пациента, включенного в регистр, показал, что средний возраст 58,3±7,9 лет. В гендерном аспекте преобладали мужчины (55% мужчин и 45% женщин). У большинства пациентов (79,4%) в анамнезе имели место стенокардия напряжения — 85,7% и артериальная гипертензия (АГ), а также сахарный диабет (СД) — 21,6% и хроническая сердечная недостаточность (ХСН) — 50,1%. 31% обследованных ранее перенесли, как минимум, один инфаркт миокарда. Время с момента начала болевого синдрома и/или общего ухудшения самочувствия и до обращения в службу “03” по всей популяции составило от 15-20 минут до 7 дней. При рассмотрении данного временного интервала в зависимости от пола было установлено, что у мужчин данный показатель — 31,4±52,3 часов, а у женщин — 42,4±69,5 часа ($p>0,05$). Обращение за медицинской помощью и госпитализация в первые 6 часов были зафиксированы в 8,7% случаев (5,3% — у мужчин и 3,4% — у женщин; $\chi^2=0,612$ и $p=0,434$). Определение маркеров некроза миокарда было проведено у 11% больных, при этом в основном оценивались уровень тропонина Т — у 8% пациентов, уровень тропонина I — у 10,5% и МВ-КФК — у 7,8% больных. Повышение указанных маркеров имело место у 4,3%, 5,3% и 2% пациентов соответственно. Определение общего холестерина крови было проведено у 46% больных, при этом повышение его уровня ≥ 5 ммоль/л зарегистрировано у 27% пациентов. Одним из фрагментов исследования явился анализ применения антикоагулянтной терапии (АКТ), показавший, что АКТ на догоспитальном этапе была проведена у 30% больных; в условиях стационара — у 45,2%.

Заключение. По данным регистра “РОКСИМ-Уз”, смертность мужчин от ОКС/ОИМ была в 2 раза выше, чем женщин, при этом возраст мужчин был моложе. Стенокардия напряжения и АГ оказались самыми частыми анамнестическими нозологиями, кроме того, 1/3 пациентов ранее перенесли ОИМ. Маркеры некроза миокарда определялись в 11% случаев, общий холестерин — у 46% респондентов. АКТ на догоспитальном этапе применялась в 1,5 раза реже, чем на стационарном.

096 ОСОБЕННОСТИ ПАТОГЕНЕЗА, НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ДЕГЕНЕРАТИВНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Никитина В. В.

ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. акад. И. П. Павлова, Санкт-Петербург, Россия

Существуют неопровержимые доказательства, что в патогенезе ряда нейродегенеративных заболеваний, включая болезнь Паркинсона (БП), надъядерный супрануклеарный паралич, болезнь Альцгеймера, наследственная спиноцеребеллярная атаксия Фридрейха, другие формы спиноцеребеллярных атаксий важную роль играют митохондриальные расстройства (МР). На молекулярном уровне моногенные формы БП представляют собой генетическую патологию ряда митохондриальных белков, компонентов убиквитин-протеасомного комплекса, либо белков, изменение конформации которых приводит к формированию в нейронах нерастворимых включений, что инициирует реакции окислительного стресса и апоптоза. Роль генетики в этом процессе заключается либо в наследственных дефектах белкового гомеостаза, либо в формировании неблагоприятного метаболического фона, определяющего высокий риск формирования нейродегенеративных заболеваний. Повышенный уровень АФК рассматривается в качестве универсального механизма развития многих нейродегенеративных заболеваний, а также процесса старения. Существенным источником АФК в клетках является нарушение функций митохондрий.

Цель. Проведение сравнительного анализа уровней биохимических маркеров как первичных, так и вторичных митохондриальных расстройств в плазме крови у пациентов с органическими нарушениями нервной системы, улучшение диагностики и терапии пациентов с дегенеративными заболеваниями нервной системы.

Материал и методы. Диагнозы заболеваний были верифицированы клинически, с помощью методов нейровизуализации. Основными клиническими неврологическими проявлениями у этих пациентов были нарушения интеллектуально-мнестических функций, пирамидная недостаточность, поражение экстрапирамидной системы, мозжечковая атаксия, миопатические синдромы. Проведено тестирование плазмы крови от 39 пациентов с дегенеративными заболеваниями нервной системы. Нами проводился количественный анализ уровня аминокислот, общего гомоцистеина, плазмы крови с помощью высокоэффективной жидкостной хроматографии. Изучение уровня лактата и пирувата в плазме крови выполнялось спектрофотометрическим способом.

Результаты. Мы диагностировали у пациентов лактатацидоз, снижение уровня таурина, повышение уровня лейцина, изолейцина, валина, поражение черепных нервов. После проведенной терапии с помощью препаратов коэнзима Q10, тайм эксперта, L-карнитина, витаминов группы (ангиовита, нейромультивита) регистрировались нормализация клинических, биохимических показателей.

097 СУБФРАКЦИОННЫЙ ПРОФИЛЬ АПО В-СОДЕРЖАЩИХ ЛИПОПРОТЕИНОВ У БОЛЬНЫХ С КОРОНАРНЫМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТЕРАПИИ СТАТИНАМИ

Озерова И. Н., Метельская В. А., Гаврилова Н. Е.

ФГБУ “ГНИЦ профилактической медицины” Минздрава России, Москва, Россия

Значительная часть больных с коронарной болезнью сердца имеет нормальный или даже сниженный уровень ХС ЛНП, что может быть обусловлено особенностями субфракционного спектра ЛНП.

Цель. Выяснить, имеется ли связь между субфракционным спектром апо В-содержащих липопротеинов у пациентов с коронарным атеросклерозом, получающих статины.

Материал и методы. В исследование включено 177 мужчин (средний возраст $61,2 \pm 9,4$ года) с документированным коронароангиографией коронарным атеросклерозом. Более 6 месяцев до начала исследования 97 пациентов принимали статины, 80 пациентов статины не принимали. Субфракционный спектр липопротеинов определяли, используя “Липопринт систему” (Quantimetrix Lipoprint System, США).

Результаты. Пациенты, принимавшие статины, были разделены на группы в зависимости от достигнутого целевого уровня ХС ЛНП ($<2,6$ ммоль/л и $\geq 2,6$ ммоль/л). 47,4% достигли целевого уровня ХС ЛНП и имели более низкие концентрации липид-белковых показателей (ХС, ХС ЛВП, ТГ, апо В и соотношение апоВ/апоА1) и более низкие доли менее крупных частиц ЛНП2 ($7,6 \pm 3,5$ и $9,9 \pm 3,9\%$; $p=0,007$) и мелких плотных ЛНП3 ($1,4 \pm 1,4$ и $2,2 \pm 2,2\%$; $p=0,035$), а также более низкие концентрации ХС во всех субфракциях ЛНП, в том числе и ЛНП3 ($0,05 \pm 0,065$ и $0,13 \pm 0,15$ ммоль/л; $p=0,004$), что было ассоциировано с большим средним размером частиц ЛНП ($270,6 \pm 3,0$ и $268,8 \pm 4,0$ Å; $p=0,009$). У мужчин без терапии статинами только 27,5% имели уровень ХС ЛНП $<2,6$ ммоль/л, и у них был более низкий уровень ХС, апо В и более низкое отношение апоВ/апо А1, более высокая доля ЛОНП, более низкая доля ЛНП2 и концентрации ХС всех подфракций ЛНП. Однако, средний размер частиц ЛНП не отличался от такового у мужчин с более высоким уровнем ХС ЛНП.

Заключение. У пациентов с коронарным атеросклерозом в зависимости от терапии статинами обнаружены различия в субфракционном спектре апо-В содержащих липопротеинов. У пациентов, не принимавших статины, несмотря на низкий уровень ХС ЛНП, имеют место отличия в относительном распределении, концентрации ХС в субфракциях ЛНП и размере частиц ЛНП, что указывает на более атерогенный субфракционный спектр ЛНП.

098 ГЕМОРЕОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ОПАСНЫХ ПРОФЕССИЙ, ПЕРЕНЕСШИХ АОРТО-КОРОНАРНОЕ ШУНТИРОВАНИЕ

Ойроткинова О. Ш., Шкловский Б. Л., Никулин А. И., Хромкова М. А., Лексина Н. Ю.

ФГБУ “3 ЦВКГ им. А. А. Вишневого МО РФ”, Красноярск, Россия

Цель. Изучить состояние реологии крови, перекисного окисления липидов, антиоксидантной системы, микроциркуляции и гемостаза у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) до и после операции аорто-коронарного шунтирования (АКШ).

Материал и методы. Проведено комплексное клиническое обследование 54 больных ИБС до и после операции АКШ. Средний возраст составил $51 \pm 1,4$ года. Контрольную группу составили 25 здоровых лиц.

Результаты. В предоперационном периоде у всех больных отмечалось статистически значимое повышение показателей реологии крови коррелирующее с выраженностью дислипидемии, перекисным окислением липидов ($r=0,64$; $P<0,05$) и показателями центральной гемодинамики ($r=0,34$; $P<0,05$). В первые двое суток послеоперационного периода такие показатели реологии, как вязкость крови и предел текучести были снижены за счет гемодилюции, однако показатель агрегации эритроцитов имел тенденцию к повышению. К 7-10 суткам показатели реологии крови повышались на 15-20% и коррелировали с показателями антиоксидантной защиты ($r=0,43$; $P<0,05$), перекисного окисления липидов ($r=0,66$;

$P<0,05$) и показателями гемостаза, косвенно подтверждая развитие подострого ДВС-синдрома.

Заключение. У больных с тяжелым клиническим и морфологическим течением ИБС резко угнетена и истощена антиоксидантная система. Последующая реоксигенация вследствие реваскуляризации миокарда сопровождалась развитием реперфузионного синдрома с патологической интенсификацией процессов перекисного окисления липидов (ПОЛ) на фоне нарушения компенсаторной антиоксидантной защиты миокарда. Активация процессов ПОЛ коррелирует с развитием гемореологического синдрома, транскапиллярными нарушениями на уровне дистальной микроциркуляции. С целью профилактики реперфузионных осложнений необходима комплексная медикаментозная патогенетическая коррекция как в предоперационном, так и на ранних этапах послеоперационного периода, включающая назначение антиагрегантов, статинов и ангиопротекторов.

Работа выполнена при поддержке гранта РГНФ № 16-06-000605.

099 ОЦЕНКА ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У ЛИЦ ОПАСНЫХ ПРОФЕССИЙ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Ойроткинова О. Ш., Шкловский Б. Л., Никулин А. И., Лобанова Н. Н., Хромкова М. А., Лексина Н. Ю.

ФГБУ “3 ЦВКГ им. А. А. Вишневого МО РФ”, Красноярск, Россия

Цель. Изучить влияние тревожно-депрессивных расстройств на развитие ИБС у лиц опасных профессий.

Материал и методы. Проведено комплексное клиническое обследование 65 больных ИБС. Средний возраст составил $54 \pm 1,4$ года. Контрольную группу составили 25 здоровых лиц. У всех пациентов диагностирована артериальная гипертония (АГ). Тяжесть депрессии оценивали по Госпитальной шкале тревоги и депрессии. Выделяли три области значений суммарного показателя: 0-7 баллов “норма”, 8-10 баллов — субклиническая тревога/депрессия, 11 — и выше — клинически выраженная тревога/депрессия.

Результаты исследования. По данным подшкалы Госпитальной шкалы тревоги и депрессии установлено, что у мужчин расстройство депрессивного характера в виде субклинической депрессии и клинически выраженной депрессии встречались в 22% и 5,6% случаев, а у женщин в 10,1% и 19,1% соответственно и коррелировали со степенью выраженности коронарных стенозов. У мужчин с наличием ИБС были выявлены гемодинамически значимые стенозы в правой коронарной артерии в 45,4% случаев, в передней нисходящей артерии — в 29,5% случаев, огибающей — в 39,1% случаев.

Выводы. У пациентов с факторами риска и верифицированными кардиоваскулярными нарушениями целесообразно проведение тестов с оценкой тревожно-депрессивных нарушений, требующих коррекции.

Работа выполнена при поддержке гранта РГНФ № 16-06-000605.

100 ВЛИЯНИЕ ЛОКАЛИЗАЦИИ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST НА ПАРАМЕТРЫ ТЕЛЕМОНИТОРИРОВАНИЯ ЭКГ

Олейников В. Э.¹, Душина Е. В.¹, Шиготарова Е. А.², Гуськова Ю. А.¹

¹ФГБОУ ВО “Пензенский государственный университет”, Пенза; ²ГБУЗ “Пензенская областная клиническая больница им. Н. Н. Бурденко”, Пенза, Россия

Цель. Оценка влияния локализации острого инфаркта миокарда (ИМ) с подъемом сегмента ST на параметры электрической нестабильности миокарда.

Материал и методы. В исследование включено 90 пациентов с ИМ с подъемом сегмента ST в возрасте $56,3 \pm 10,2$ лет: 78

(86,7%) мужчин и 12 (13,3%) женщин. Всем больным проводилась фармако-инвазивная реперфузия: тромболитическая терапия (ТЛТ) и чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ). Время от начала заболевания до проведения ТЛТ составило 129 (90; 240) мин, интервал “боль-баллон” 6,2 (3,9; 12,3) часов. В течение 1-ых суток после ЧКВ проводилась телеметрическая регистрация ЭКГ по 12 отведениям с использованием комплекса “Астрокард® — Телеметрия” с последующим анализом вариабельности и дисперсии интервала QT. Оценка интервала QT проводилась в автоматическом режиме по следующим параметрам: дисперсия длительности интервала QT до окончания волны T и до ее пика (QTe disp, Qta disp), стандартное отклонение дисперсии длительности интервала QT до окончания волны T и до ее пика (sd QTe, sd QTa) за сутки.

В зависимости от локализации зоны инфаркта, больные были разделены на группы: в группу 1 вошли 53 человека (58,9%) с вариантами локализации, объединенными понятием “ИМ передней стенки левого желудочка”, группу 2 составили 37 (41,1%) человека с ИМ задней стенки левого желудочка.

Результаты. В группе 1 регистрировались большие значения показателей вариабельности и дисперсии QT: QTe disp 56 (40; 78) мс ($p=0,004$), QTa disp 62 ± 30 мс ($p=0,007$), sdQTe 19 (15; 25) мс ($p=0,0005$), sdQTa 22 (17; 31) мс ($p=0,003$). В то время как в группе 2 получены следующие значения параметров, характеризующих вариабельность QT: QTe disp 32(22; 59) мс, QTa disp 45 ± 26 мс, sdQTe 12 (9; 21) мс, sdQTa 16 ± 9 мс.

Заключение. У пациентов с ИМ передней стенки левого желудочка выявлены более высокие значения параметров, характеризующих вариабельность и дисперсию интервала QT. Это указывает на электрическую гетерогенность структуры миокарда у данной группы, связанную с более обширной зоной некроза.

101 ХРОНОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВЛИЯНИЯ КОМБИНИРОВАННОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ НА ПОКАЗАТЕЛИ СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ ТРАНЗИТОРНУЮ ИШЕМИЧЕСКУЮ АТАКУ

Опольская С. В., Скибицкий В. В., Фендрикова А. В.

ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России, Краснодар, Россия

Цель. Изучить влияние различных режимов дозирования в течение суток комбинированной антигипертензивной терапии (АГТ), включающей блокатор рецепторов ангиотензина (БРА) II валсартан и тиазидоподобный диуретик индапамид ретард, на показатели структурно-функционального состояния миокарда левого желудочка (ЛЖ) у больных артериальной гипертензией (АГ), перенесших транзиторную ишемическую атаку (ТИА).

Материал и методы. Обследовано 84 пациента с АГ (медиана возраста 61 год), перенесших ТИА в ближайшие 4 недели. Все пациенты рандомизированы в 3 группы в зависимости от варианта терапии: 1 группа ($n=29$) — больные, получавшие валсартан 160 мг и индапамид ретард 1,5 мг утром; 2 группа ($n=30$) — валсартан 160 мг вечером и индапамид ретард 1,5 мг утром; 3 группа ($n=25$) — валсартан 80 мг утром и вечером и индапамид ретард 1,5 мг утром. Всем больным до и через 12 месяцев лечения проводилось эхокардиографическое (ЭХО-КГ) исследование (“ALOKA SSD 2500”, Япония) с оценкой вариантов ремоделирования миокарда ЛЖ. Результаты исследования обработаны с использованием программы Statistica 6.1 (StatSoft Inc, США).

Результаты. Через 12 месяцев комбинированной АГТ во всех группах больных наблюдалась достоверная ($p<0,05$) положительная динамика ЭХО-КГ показателей, однако выраженность изменений оказалась неравнозначной. До начала комбинированной АГТ нормальная геометрия ЛЖ (НГ ЛЖ) определялась в 1-й группе у 4 (14%) человек, во 2-й — у 4 (13%), в 3-й — у 2 (8%). Через 12 месяцев лечения отмечалось значи-

мое увеличение числа пациентов с НГ ЛЖ: в 1-й группе до 19 (66%) человек, во 2-й — 21 (70%), в 3-й — 24 (96%) ($p<0,05$). Следует отметить, что число больных с НГ ЛЖ после 12 месяцев комбинированной АГТ в 3-й группе оказалось достоверно большим по сравнению с двумя остальными группами больных ($p<0,05$). На момент включения в исследование во всех группах больных преобладающим оказался концентрический вариант ремоделирования ЛЖ (КРЛЖ), который наблюдался у 11 (38%) больных в 1-й группе, 13 (44%) — во 2-й, 10 (40%) — в 3-й. Через 12 месяцев АГТ отмечалось достоверное уменьшение КРЛЖ во всех группах исследуемых: в 1-й и 2-й — до 5 (17%) человек, в 3-й КРЛЖ не регистрировалась.

Заключение. Таким образом, независимо от варианта режима дозирования АГТ в течение суток во всех группах пациентов с АГ, перенесших ТИА, отмечалась значимая положительная динамика показателей структурно-функционального состояния миокарда ЛЖ. Однако двукратный прием валсартана в составе комбинированной АГТ обеспечивал более выраженный регресс ремоделирования миокарда ЛЖ и нормализацию его геометрии по сравнению с однократным назначением БРА II в утренние или вечерние часы.

102 ГЕНЕТИЧЕСКИЕ АССОЦИАЦИИ ПОЛИМОРФНЫХ МАРКЕРОВ ПРИ ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Павлова О. С.¹, Огурцова С. Э.², Ливенцева М. М.¹, Коробко И. Ю.¹, Затолока Н. В.¹, Шруб Ю. В.³, Малюгин В. И.³, Мрочек А. Г.¹

¹Республиканский научно-практический центр “Кардиология”, Минск; ²Институт биоорганической химии Национальной академии наук Беларуси, Минск; ³Белорусский государственный университет, Минск, Беларусь

Цель. Провести анализ ассоциаций полиморфизмов I/D гена ангиотензинпревращающего фермента (ACE), G83A гена ренина (REN), M235T гена ангиотензиногена (AGT), A1166C гена рецепторов 1 типа (AGTR1) и C3123A гена рецепторов 2 типа (AGTR2) к ангиотензину II, C344T гена альдостеронсинтазы (CYP11B2), T58C гена рецепторов брадикинина 2 типа (BKR2), E298D гена эндотелиальной синтазы оксида азота (NOS3), C677T гена метилентетрагидрофолатредуктазы (MTHFR) с гипертрофией левого желудочка (ГЛЖ) при эссенциальной артериальной гипертензии (АГ).

Материал и методы. В исследование было включено 239 пациентов (107 женщин и 132 мужчины), средний возраст $48,1 \pm 1,3$ лет. Обследование включало клинический осмотр, ультразвуковое исследование сердца, генотипирование с использованием метода полимеразной цепной реакции и полиморфизма длин рестрикционных фрагментов. Поиск и анализ полигенных ассоциаций производился с использованием программного обеспечения APSampler. Эхокардиографическими критериями ГЛЖ являлось превышение индекса массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ) >125 г/м² у мужчин и >110 г/м² у женщин. Пациенты были разделены на 2 группы с учетом превышения ИММЛЖ — 135 человек с ГЛЖ и 104 — с отсутствием ГЛЖ.

Результаты. Получены данные о взаимосвязи ГЛЖ с сочетанным носительством С аллеля (A1166C) гена AGTR1 и Т аллеля (C344T) гена CYP11B2 (ОШ=1,95; 95%ДИ=1,35-2,81; $p<0,05$); Т аллеля (M235T) гена AGT и D аллеля (E298D) гена NOS3 (ОШ=2,67; 95%ДИ=1,91-3,74; $p<0,01$); С аллеля (A1166C) AGTR1 и Т аллеля (C677T) гена MTHFR (ОШ=2,53; 95%ДИ=1,49-4,3; $p<0,05$) у пациентов с АГ. При носительстве трех мутантных аллелей (M235T) гена AGT, D аллеля (E298D) гена NOS3 и Т аллеля (C344T) гена CYP11B2 вероятность ГЛЖ увеличивалась более чем в 3,5 раза (ОШ=3,56; 95%ДИ=2,08-6,08; $p<0,001$).

Заключение. Выявлены высокозначимые биаллельные сочетания мутантных аллелей генов AGTR1 (A1166C), CYP11B2 (C344T), AGT (M235T), NOS3 (E298D) и MTHFR (C677T), которые ассоциированы с увеличением вероятности

развития ГЛЖ в 1,95-2,67 раза у пациентов с АГ. При триалельном носительстве полиморфных вариантов генов AGT (M235T), NOS3 (E298D) и MTHFR (C677T) вероятность ГЛЖ увеличивалась в 3,56 раза, что может свидетельствовать о кумулятивном воздействии указанных генов на поражение сердца как органа-мишени при АГ.

103 ТРЕВОЖНЫЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ С МИКРОСОСУДИСТОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ И ИХ ВЗАИМОСВЯЗЬ С МИКРОВАСКУЛЯРНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

Петрова В. Б., Болдуева С. А.

Северо-Западный государственный медицинский университет имени И. И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия

Пациенты с микрососудистой стенокардией (МСС) отличаются выраженной вариабельностью болевого синдрома и измененным психологическим статусом. Многие исследователи считают ведущими причинами МСС коронарную эндотелиальную дисфункцию микрососудов.

Цель. Оценить взаимосвязь результатов психологического исследования и микроваскулярной коронарной дисфункции у пациентов с МСС.

Материал и методы. Критерии включения в группу с МСС (49 больных): боли в грудной клетке, положительный стресстест с физической нагрузкой, неизменные коронарные артерии (КА) по данным коронарографии, наличие нарушения перфузии миокарда и снижение коронарного резерва по данным позитронно-эмиссионной томографии (ПЭТ) миокарда в покое, при пробе с аденозином и холододовом тесте. ПЭТ миокарда с диагностическими пробами выполнялось на аппарате "Есат-Ехаст-47" "Siemens" в ФГУ "Российский научный центр радиологии и хирургических технологий". Оценка характера болевого синдрома проводилась с помощью 10-бальной визуально-аналоговой шкалы (ВАШ), вербальной ранговой шкалы (ВРШ). При оценке психологического состояния использовались психометрические методы: шкала депрессии Бека, шкала реактивной и личностной тревоги Спилберга-Ханина, личностный опросник Айзенка.

Результаты. По данным ПЭТ коронарный резерв (КР) эндотелийнезависимой вазодилатации (ЭНВД) рассчитывали по формуле: $CFR = (MBF_{stress} / MBF_{baseline})$; где $MBF_{baseline}$ — абсолютные значения миокардиального кровотока (МК) в покое; MBF_{stress} — абсолютные значения (МК) на пике пробы с аденозином. Резерв ЭНВД считали сниженным при значениях менее 2,5. В среднем у пациентов с КСХ отмечался достаточный прирост суммарного МК при пробе с аденозином (МК в покое $108,3 \pm 34,1$ мл/мин/г; МК при пробе с аденозином $323,1 \pm 98,3$ мл/мин/г) и нормальные значения резерва ЭНВД ($3,38 \pm 0,62$). Коронарный резерв эндотелийзависимой вазодилатации (ЭЗВД) оценивали по степени увеличения МК на фоне холододовой пробы (ХП) (MBF_{cold}), выраженного в процентах по сравнению с исходным МК ($MBF_{baseline}$). Резерв ЭЗВД считали сниженным при увеличении коронарного кровотока в ответ на холододовую стимуляцию менее чем на 25% от исходного уровня кровотока. При выполнении холододового теста у всех 49 больных с МСС выявлены признаки нарушения ЭЗВД в виде отсутствия должного прироста МК и диффузной гетерогенности распределения радиофармпрепарата в миокарде. Так, в среднем у пациентов с МСС при проведении холододовой пробы имелась отрицательная тенденция прироста МК ($\Delta\%$): МК в покое $102,4 \pm 32,4$ мл/мин/г; МК при ХП $91,7 \pm 38,2$ мл/мин/г; $\Delta\%$: $2,7 \pm 25,1$.

Интенсивность боли при обычных приступах у пациентов с МСС по данным ВАШ ($5,51 \pm 0,2$) в большинстве случаев имела умеренный характер и ни у одного из обследуемых не достигала максимально возможных значений. По данным ВРШ умеренные боли описали 60% больных с МСС, сильные — 34,3%.

По данным теста Спилберга-Ханина в при МСС определялся высокий уровень реактивной тревожности (РТ) ($46,2 \pm 1,4$ баллов) и высокий уровень личностной тревожности (ЛТ) ($49,6 \pm 1,5$ баллов). Высокий уровень РТ отмечен у половины

(53,1%) обследованных больных с КСХ, средний уровень — у 44,9% больных основной группы, низкий только у одного пациента. Высокий уровень ЛТ отмечен у большинства обследованных (67,3%) больных с МСС, средний уровень — у 28,6% больных основной группы, низкий только у двух пациентов.

При анализе уровня депрессии по данным опросника Бека у большинства пациентов с МСС (77,6%) депрессия отсутствовала ($5,9 \pm 0,6$ баллов по шкале Бека), у 11 (22,4%) из 49 пациентов был выявлена легкая степень депрессии.

По данным опросника Айзенка у пациентов с МСС отмечается высокий и средний уровень нейротизма (эмоциональной нестабильности) — $13,9 \pm 0,7$ баллов, среди пациентов с МСС преобладали интроверты (в 55,6% случаев). Комбинация интроверсии и нейротизма, которая наиболее часто встречается в группе МСС, предполагает у индивидуума тенденцию проявлять в поведении беспокойство, пессимизм и замкнутость.

У больных с МСС показатели интенсивности болевого синдрома имели значимую взаимосвязь с реактивной тревожностью ($r=0,5$; $p<0,01$ и $r=0,3$; $p<0,05$, соответственно) и в большей степени с личностной тревожностью ($r=0,6$; $p<0,01$ и $r=0,4$; $p<0,01$, соответственно)

Следует отметить, что тревожные нарушения, как личностные ($r=-0,5$; $p<0,05$), так и реактивные ($r=-0,4$; $p<0,05$), а также уровень интроверсии ($r=-0,56$; $p<0,05$) и нейротизма ($r=-0,37$; $p<0,05$), у больных с МСС имели значимые обратные связи с показателями холододовой пробы (MBF_{cold}) по данным ПЭТ, характеризующими микроваскулярные расстройства, а именно — резерв эндотелийзависимой вазодилатации.

Интенсивность болевого синдрома по шкале ВАШ тоже имела обратную корреляционную связь с микроваскулярными нарушениями, а именно с показателями коронарного резерва ЭЗВД в области правой коронарной артерии ($r=-0,44$; $p<0,05$) и левой огибающей коронарной артерии ($r=-0,36$; $p<0,05$).

Заключение. Для больных с МСС характерны высокие уровни интроверсии и эмоциональной нестабильности, высокий уровень тревожности, как реактивной, так и личностной, при малой степени выраженности депрессии по данным психологического тестирования. Таким образом, можно предположить, что психологические факторы (а именно тревожные расстройства) определенным образом взаимосвязаны с микроваскулярными нарушениями.

104 РОЛЬ ФАКТОРОВ РИСКА И СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИИ НА ТЕЧЕНИЕ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА

Печёнкина М. В., Эфрос Л. А.

ФГБОУ ВО "Южно-Уральский государственный медицинский университет" Минздрава России, Челябинск, Россия

Заболевания сердечно-сосудистой системы являются основной причиной смерти, как у мужчин, так и у женщин. Острый коронарный синдром (ОКС) развивается у 0,2-0,6% мужчин в возрасте 40-59 лет. Женщины в этом возрасте заболевают примерно в 2,5-5 раз реже. Особый интерес представляет оценка факторов риска и сопутствующей патологии на клиническое течение ОКС.

Цель. Изучить влияние различных факторов и сопутствующих заболеваний на течение острого коронарного синдрома.

Материал и методы. В исследование включены 1079 пациентов с ОКС, прошедших лечение в отделении кардиологии №2 ГБУЗ "Челябинская областная клиническая больница" в 2015 году. Диагноз ОКС с подъемом сегмента ST (ОКСспST) имели 417 (38,6%) пациентов; острый коронарный синдром без подъема сегмента ST (ОКСбпST) — 162 (15%) пациента, нестабильную стенокардию (НС) — 452 (41,0%) пациента. Проведен анализ факторов риска, отягощающих течение ОКС. Статистический анализ выполнен с помощью прикладных программ Microsoft Office и программы SPSS Statistics (версия 13.1).

Результаты. Анализ результатов показал, что пациенты мужского пола госпитализировались чаще, чем женщины: 65,2% и 34,8%, соответственно ($p=0,009$). У мужчин чаще диаг-

ностировался ОКСспСТ — 45,5%, тогда как у женщин преобладала НС — 52,5%. Из анамнестических данных выявлено, что отягощенная наследственность встречается у лиц с НС 69,9% ($p=0,03$) в сравнении с группами лиц с ОКСспСТ (17,4%) и ОКСбпСТ (13,1%). При анализе факторов риска у больных с ОКС, статистически значимо было наличие в анамнезе артериальной гипертензии (АГ): у больных с ОКСспСТ — 77,93%, с ОКСбпСТ — 83,3%, с НС — 87,7% и ожирения (15,1%; 24,7%; 16,8%, соответственно), $p=0,000$, гиперхолестеринемия (ГХ) отмечалась при всех клинических формах ОКС (73,4%, 75,9%, 73,4%, соответственно). Комплексная оценка данных анамнеза показала, что среди 1079 пациентов всего было выявлено 2019 заболеваний. На одного больного в среднем пришлось 1,9 заболеваний. В группе БСК (ОКСспСТ — 85,4%, ОКСбпСТ — 96,3%, НС — 99,3% случаев) ведущим заболеванием была АГ, которая достоверно чаще (0,002) встречалась в группах больных с ОКСспСТ и НС (91,3%; 88,2%) по сравнению с группой пациентов с ОКСбпСТ (86,5%). Среди болезней эндокринной системы — СД 2 типа в (52,8%; 44,4%; 37,62%) и ожирение, которые встречались в 38,6%; 44,4%; 49% случаев, соответственно. В классе болезней органов пищеварения (ОКСспСТ — 21,8%, ОКСбпСТ — 19,1%, НС — 25,9% случаев), достоверно чаще встречался гастрит ($p=0,04$) в группе с НС, а в группе ОКСспСТ Язвенная болезнь 12-перстной кишки ($p=0,03$).

Заключение. ОКС чаще развивается у лиц старше 55 лет, у мужчин в 1,8 раза, для женщин в 6 раз чаще, причем ОКС спСТ более характерно для мужчин, для женщин — НС. Ведущими факторами риска ОКС являлись АГ, ГХ, СД 2 типа. Наиболее частыми классами заболеваний у всех больных были болезни системы кровообращения — у 47,6% пациентов, на 2 месте (22,5%) — болезни эндокринной системы, на 3 месте (11,8%) — болезни органов пищеварения.

105 ДИНАМИКА БИОЛОГИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ МИОКАРДИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ И ФИБРОЗА У ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST И СОХРАННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Печерина Т. Б., Герман А. И., Груздева О. В., Капиталан В. В., Барбараш О. Л.

ФГБНУ “Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний”, Кемерово, Россия

Цель. Оценить динамику биологических маркеров миокардиальной дисфункции и фиброза у пациентов в остром периоде инфаркта миокарда с подъемом сегмента ST (ИМпСТ) и сохранной фракцией выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ).

Материал и методы. В исследование включено 120 больных с ИМпСТ с I классом острой сердечной недостаточности по классификации Killip. Всем пациентам при поступлении выполнены чрескожные коронарные вмешательства со стентированием симптомзависимой артерии. При поступлении в стационар и в динамике на 10-е сутки заболевания были определены в сыворотке крови биологические маркеры, которые являются отражением миокардиальной дисфункции и фиброза: N-терминального фрагмента натрийуретического пропептида (NT-proBNP, пг/мл), галектина-3 (нг/мл), растворимого белка семейства рецепторов IL-1 (sST2, нг/мл), матриксные металлопротеиназы (ММП-1, ММП-2, ММП-3), тканевого ингибитора ММП-1, тканевой ингибитор ММП (ТИМП-1) методом иммуноферментного анализа.

Результаты. Средний возраст составил 58 (52; 63,5) лет. Из 120 пациентов — 91 (75,8%) мужского пола. Среди факторов риска преобладали: артериальная гипертензия — 83 (69,2%), избыточная масса тела — 84 (70%), курение — 61 (50,83%). Гиперхолестеринемия ранее диагностирована у 28 (23,3%) пациентов. Отягощенный семейный анамнез по ИБС присутствовал у 5 (4,2%) пациентов. Из анамнестических данных: 39

(32,5%) пациентов имели клинику стенокардии, 7 (5,8%) перенесли ИМ. У 17 (14,2%) пациентов ранее диагностирована хроническая сердечная недостаточность I — II ФК (классификация NYHA). ФВ ЛЖ составила: на 1-е сутки — 55 (48;62) % и на 12-е сутки — 60 (52; 64) % ($p=0,01$). В динамике на 1-е и 10-е сутки госпитализации у больных с ИМпСТ получены достоверные различия маркеров: галектина [11,4 (9,5; 15) и 9,05 (6; 10,4) нг/мл, $p=0,01$], NT-proBNP [230,4 (156,8; 282,3) и 181 (123; 251,3) пг/мл, $p=0,01$], sST2 [40,7 (26,3; 64,1) и 22 (18,2; 25,4) нг/мл, $p=0,01$], ММП-2 [254 (212,9; 287,5) и 290,9 (266,5; 326) пг/мл, $p=0,01$], ММП-3 [7,3 (5,3; 10,6) и 11,9 (9,1; 14,9) пг/мл, $p=0,01$], а ММП-1 [2,2 (1,4; 5,9) и 2,4 (1,6; 4) пг/мл, $p=0,3$], ТИМП-1 [894 (586,5; 1080) и 853,5 (542,5; 1017,5), $p=1$] пг/мл.

Заключение. Определено достоверное увеличение концентраций маркеров: ММП-2, -3; NT-proBNP к 10-м суткам ИМпСТ, в то время как значения галектина и sST2, напротив, имеют тенденцию к снижению концентраций к концу госпитального периода. Несмотря на клиническую стабильность и сохранный систолическую функцию ЛЖ изученной группы пациентов, факт повышения концентраций вышеуказанных маркеров, позволяет предположить о возможном неблагоприятном иммуно-биохимическом фоне изучаемой группы пациентов и его возможным влиянии на отдаленный прогноз. Вместе с тем высокие концентрации галектина и sST2 на 1-е сутки ИМ, позволят предположить разные периоды развития дисфункции миокарда.

106 СВЯЗЬ МАРКЕРОВ МИОКАРДИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ И ФИБРОЗА С ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST И СОХРАННОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Печерина Т. Б., Герман А. И., Чернобай А. Г., Груздева О. В., Каретникова В. Н., Капиталан В. В., Барбараш О. Л.

ФГБНУ “Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний”, Кемерово, Россия

Цель. Определить связь биологических маркеров с эхокардиографическими показателями систолической и диастолической функции левого желудочка в остром периоде инфаркта миокарда с подъемом сегмента ST (ИМпСТ).

Материал и методы. В исследование включено 120 больных ИМпСТ. Всем пациентам при поступлении проведены чрескожные коронарные вмешательства. При поступлении и в динамике на 10-е сутки были определены концентрации биологических маркеров в сыворотке крови: N-терминального фрагмента натрийуретического пропептида (NT-proBNP, пг/мл), галектина-3 (нг/мл), растворимого белка семейства рецепторов IL-1 (sST2, нг/мл), методом иммуноферментного анализа. Эхокардиография была выполнена пациентам при поступлении в стационар и на 10-е сутки госпитализации. Функция миокарда оценивалась по следующим эхокардиографическим показателям: фракция выброса ЛЖ (ФВ ЛЖ, %), конечного систолического размера (КСР, см), конечного систолического объема (КСО, мл), ударного объема (УО, мл), пиковых скоростей систолического раннего (E_m) и позднего диастолического (A_m), соотношение пиковой скорости трансмитрального потока (E/A) и времени замедления кровотока раннего диастолического наполнения (DT, мс).

Результаты. Средний возраст составил 58 (52; 63,5) лет. Из 120 пациентов — 91 (76%) мужского пола. ФВ ЛЖ [55 (48; 62) % и 60 (52; 64) %, $p=0,01$], КСР [3,9 (3,6; 4,3) и 3,8 (3,5; 4,1) см, $p=0,01$], КСО [66 (54; 83) и 62 (51; 74) мл, $p=0,01$], УО [78,5 (69; 88) и 81 (74; 90) мл, $p=0,01$], DT [199 (170; 222) и 196 (170; 222) мс, $p=0,03$], E_m [6 (6,5; 7,5) и 6 (5; 8) см/с, $p=0,05$], A_m [8 (6,9; 9) и 7,9 (7; 9) см/с, $p=0,7$], E/A [0,8 (0,7; 1,22) и 0,8 (0,7; 1,24), $p=0,4$] в госпитальный период достоверно не различались. Определена положительная корреляционная связь между содержанием в крови sST2 на 1-е сутки с показателями левого желудочка при поступлении пациента в стационар,

такими как КСР ($r=0,25$; $p=0,02$), КСО ($r=0,25$; $p=0,02$), Е ($r=0,25$; $p=0,03$) и отрицательная корреляционная связь с ФВ ЛЖ ($r=-0,26$; $p=0,07$). Аналогичная связь отмечена и на 10-е сутки, а именно положительная корреляционная связь с КСР ($r=0,36$; $p<0,01$), КСО ($r=0,36$; $p<0,01$), Е ($r=0,26$; $p=0,02$) и отрицательная зависимость с ФВ ЛЖ ($r=-0,33$; $p<0,01$), DT ($r=-0,31$; $p=0,01$). На 10-е сутки NT-proBNP положительно коррелирует с показателями ЭХО-КГ, также проведенной на 10-е сутки: положительная корреляционная связь с КСР ($r=0,46$; $p<0,01$), КСО ($r=0,46$; $p<0,01$) и отрицательная зависимость с ФВ ЛЖ ($r=-0,41$; $p<0,01$).

Заключение. В периоде госпитализации не получено статистически значимых различий между показателями ЭХО-КГ на 1-е и 10-е сутки заболевания. У пациентов с сохранной функцией ЛЖ имеется взаимосвязь изучаемых маркеров (NT-proBNP, sST2) с эхокардиографическими показателями функции ЛЖ в остром периоде ИмпСТ.

107 МЕДИЦИНСКАЯ ИНФОРМИРОВАННОСТЬ О ФАКТОРАХ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАЦИЕНТОВ РАЗЛИЧНОГО ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ, НАХОДЯЩИХСЯ НА СТАЦИОНАРНОМ ЛЕЧЕНИИ

Погосова Н. В., Лысенко М. А., Самсонова И. В., Карпова А. В., Юферева Ю. М., Исакова С. С., Выгодина В. А., Василевский А. С.

ФГБУ “ГНИЦ профилактической медицины” Минздрава России, ГБУЗ “Городская клиническая больница №52 Департамента здравоохранения города Москвы”, Москва, Россия

Медицинская информированность пациентов о кардиоваскулярных факторах риска (ФР) занимает важное место в профилактике сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) и их осложнений.

Цель. Изучить осведомленность о ФР ССЗ пациентов кардиологического и терапевтического отделений (КО и ТО).

Материал и методы. В исследование были включены по 50 пациентов из КО и ТО одной из городских больниц Москвы. Анкетирование проводилось пациентам в I-II сутки после госпитализации. Специально разработанная анкета включала в себя социально-демографические и клинические показатели, открытые вопросы на знание традиционных кардиоваскулярных ФР и их целевых значений. В анкете также фиксировалась информация о медицинской осведомленности участников о своем росте, весе, окружности талии, уровне общего холестерина и глюкозы в крови, а также вопросы о полученных ранее рекомендациях по коррекции имевшихся ФР.

Результаты. Пациенты обоих отделений не отличались по полу и возрасту. Пациенты КО достоверно чаще имели высшее образование по сравнению с пациентами ТО (54% против 26% соответственно, $p<0,01$). У пациентов КО достоверно чаще встречалась артериальная гипертензия (84% против 58%, $p<0,01$), ишемическая болезнь сердца (62% против 20%, $p<0,001$) и ее различные проявления: стенокардия (22% против 4%, $p<0,01$), перенесенный инфаркт миокарда (26% против 6%, $p<0,01$). Пациенты ТО чаще имели хроническую обструктивную болезнь легких (4% против 0, $p<0,05$), дисциркуляторную энцефалопатию (32% против 6%, $p<0,001$), транзиторные ишемические атаки (8% против 0, $p<0,01$).

Обращает на себя внимание крайне низкая информированность пациентов обоих отделений в отношении основных кардиоваскулярных ФР: практически никто из них не указывал на повышенный уровень холестерина (0% и 2%, соответственно, $p>0,05$) и артериального давления (0% и 2%, соответственно, $p>0,05$) как факторов риска ССЗ. Абсолютное число пациентов обоих отделений (74% и 68%, соответственно, $p>0,05$) отмечали только 1-2 ФР. Пациенты ТО по сравнению с пациентами КО достоверно чаще не указывали ни одного из традиционных кардиоваскулярных ФР (14% против 2%,

$p<0,05$). Пациенты обоих отделений чаще всего считали, что стресс является ФР ССЗ (66% и 50%, соответственно, $p>0,05$). Среди других ФР пациенты КО чаще отмечали нездоровое питание (64% против 24%, $p<0,001$) и гиподинамию (38% против 32%, $p>0,05$), а пациенты ТО — избыточное потребление алкоголя (44% против 10%, $p<0,001$) и курение (36% против 18%, $p<0,05$).

Заключение. Результаты исследования выявили низкую информированность о ФР ССЗ у пациентов КО и ТО на момент поступления в стационар.

108 МОТИВАЦИЯ К ПОВЫШЕНИЮ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМИРОВАННОСТИ ПАЦИЕНТОВ РАЗЛИЧНОГО ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ, НАХОДЯЩИХСЯ НА СТАЦИОНАРНОМ ЛЕЧЕНИИ

Погосова Н. В., Лысенко М. А., Самсонова И. В., Карпова А. В., Юферева Ю. М., Исакова С. С., Выгодина В. А., Василевский А. С.

ФГБУ “ГНИЦ профилактической медицины” Минздрава России, ГБУЗ “Городская клиническая больница №52 Департамента здравоохранения города Москвы”, Москва, Россия

Эффективность лечения во многом зависит от медицинской информированности пациентов о своем заболевании, методах его лечения и профилактики осложнений.

Цель. Оценить мотивацию к повышению медицинской информированности пациентов кардиологического и терапевтического отделений (КО и ТО) в отношении кардиоваскулярных факторов риска (ФР).

Материал и методы. В исследование были включены по 50 пациентов из КО и ТО одной из городских больниц Москвы. Анкетирование проводилось пациентам в I-II сутки после госпитализации. Специально разработанная анкета включала в себя социально-демографические и клинические показатели, открытые вопросы на знание традиционных кардиоваскулярных ФР и их целевых значений. В анкете также фиксировалась информация по оценке мотивации пациента к получению дополнительной информации в отношении заболевания и его лечения, питания и потребления алкоголя, физической активности, отказу от курения и снижению уровня эмоционального напряжения и стресса.

Результаты. Пациенты обоих отделений не отличались по полу и возрасту. Пациенты КО достоверно чаще имели высшее образование по сравнению с пациентами ТО (54% против 26% соответственно, $p<0,01$).

Абсолютное большинство пациентов КО выражали желание получить больше информации о своем заболевании, лечении, профилактике осложнений (98%), и их доля была достоверно выше при сравнении с пациентами ТО (80%, $p<0,01$). Пациенты КО указывали на статистически большее число аспектов, по которым им хотелось бы получить информацию ($2,24\pm 1,19$) по сравнению с пациентами ТО ($1,58\pm 1,07$, $p<0,01$), т.е. они более мотивированы для повышения информированности о ФР. На этот факт также указывает то, что полное отсутствие желания получения информации достоверно чаще отмечали пациенты ТО (20% против 2%, $p<0,01$). Максимальный интерес у пациентов обоих отделений вызывали вопросы лекарственной терапии (76% и 68%, соответственно, $p>0,05$). У пациентов ТО достоверно реже вызывали интерес вопросы питания (34% против 62%, $p<0,01$) и физической активности (12% против 40%, $p<0,01$). В целом, большинство пациентов обоих отделений, хотели бы получить дополнительную информацию, но не более чем по 2 различным аспектам здорового образа жизни (60% и 84%, соответственно, $p>0,05$).

Заключение. Пациенты КО больше мотивированы для получения дополнительной информации о своем заболевании, лечении, профилактике осложнений по сравнению с пациентами ТО.

109 ОСВЕДОМЛЕННОСТЬ О ЦЕЛЕВЫХ УРОВНЯХ КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА У ПАЦИЕНТОВ РАЗЛИЧНОГО ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ, НАХОДЯЩИХСЯ НА СТАЦИОНАРНОМ ЛЕЧЕНИИ

Погосова Н. В., Лысенко М. А., Самсонова И. В., Карпова А. В., Юферева Ю. М., Исакова С. С., Выгодин В. А., Василевский А. С.

ФГБУ “ГНИЦ профилактической медицины” Минздрава России, ГБУЗ “Городская клиническая больница №52 Департамента здравоохранения города Москвы”, Москва, Россия

Информированность пациентов о целевых уровнях кардиоваскулярных факторов риска (ФР) имеет важное значение для их эффективной коррекции.

Цель. Изучить осведомленность о целевых уровнях ФР сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) у пациентов различного терапевтического профиля, находящихся на стационарном лечении.

Материал и методы. В исследование были включены по 50 пациентов из кардиологического и терапевтического отделений (КО и ТО) одной из городских больниц Москвы. Анкетирование проводилось пациентам в I-II сутки после госпитализации. Специально разработанная анкета включала в себя социально-демографические и клинические показатели, открытые вопросы на знание традиционных кардиоваскулярных ФР и их целевых значений. В анкете также фиксировалась информация о медицинской осведомленности участников о своем уровне общего холестерина и величине систолического и диастолического артериального давления, а также вопросы о полученных ранее рекомендациях по коррекции имевшихся ФР.

Результаты. Пациенты обоих отделений не отличались по полу и возрасту. Пациенты КО достоверно чаще имели высшее образование по сравнению с пациентами ТО (54% против 26%, соответственно, $p < 0,01$). У пациентов КО достоверно чаще встречалась артериальная гипертензия (84% против 58%, $p < 0,01$), ишемическая болезнь сердца (62% против 20%, $p < 0,001$) и ее различные проявления: стенокардия (22% против 4%, $p < 0,01$), перенесенный инфаркт миокарда (26% против 6%, $p < 0,01$). Пациенты ТО чаще имели хроническую обструктивную болезнь легких (4% против 0, $p < 0,05$), дисциркуляторную энцефалопатию (32% против 6%, $p < 0,001$), транзиторные ишемические атаки (8% против 0, $p < 0,01$).

Обращает на себя внимание крайне низкая осведомленность о повышенном уровне холестерина (ХС) как одним из важнейших ФР ССЗ и их осложнений у пациентов обоих отделений. Свой уровень общего ХС смогли указать менее половины пациентов КО (42%) и ТО (46%, $p > 0,05$), хотя гиперхолестеринемия отмечалась у большинства пациентов обоих отделений (80% и 78%, соответственно, $p > 0,05$). О знаниях целевого уровня общего ХС заявили 67% пациентов КО и 78% пациентов ТО ($p > 0,05$). Правильный ответ на этот вопрос дали только 12% пациентов КО и ни одного пациента ТО ($p < 0,05$). Пациенты КО и ТО недостаточно информированы о надлежащем уровне физической активности. Правильный ответ дали только 13% пациентов КО и ни одного пациента ТО ($p < 0,05$). Относительно удовлетворительный уровень знаний отмечен у пациентов в отношении целевого уровня систолического и диастолического артериального давления. Правильный ответ дали 43% пациентов КО и 65% пациентов ТО ($p < 0,05$).

Заключение. Результаты исследования свидетельствуют о крайне низкой информированности пациентов КО и ТО о целевых уровнях основных кардиоваскулярных ФР.

110 ОЦЕНКА МОТИВАЦИИ И МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМИРОВАННОСТИ О ФАКТОРАХ РИСКА У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И АБДОМИНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ, НАХОДЯЩИХСЯ НА СТАЦИОНАРНОМ ЛЕЧЕНИИ

Погосова Н. В., Салбиева А. О., Юсубова А. И., Соколова О. Ю., Аушева А. К.

ФГБУ “ГНИЦ профилактической медицины” Минздрава России, Москва, Россия

Большинство кардиоваскулярных факторов риска (ФР) являются модифицируемыми и контролируемыми, поэтому медицинская информированность о них может препятствовать прогрессированию сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) и их осложнений.

Цель. Оценить уровень медицинской информированности о кардиоваскулярных ФР больных ишемической болезнью сердца (ИБС) с абдоминальным ожирением (АО), а также их мотивацию к изменению образа жизни.

Материал и методы. В исследование включались больные с верифицированным диагнозом ИБС и АО, находившиеся на стационарном лечении. Анкетирование проводилось пациентам в I-II сутки после госпитализации. Специально разработанная анкета включала в себя социально-демографические и клинические показатели, открытые вопросы на знание традиционных кардиоваскулярных ФР и их целевых значений. В анкете также фиксировалась информация по оценке мотивации пациента к получению дополнительной информации в отношении его заболевания и лечения, и коррекции имеющихся ФР.

Результаты. В исследование включены 120 пациентов в возрасте от 40 до 65 лет (средний возраст \pm СО 57,79 \pm 6,26 лет), 79% мужчин и 21% женщин. Обращает на себя внимание низкая информированность больных ИБС с АО в отношении основных кардиоваскулярных ФР: практически никто из них не указывал на повышенный уровень артериального давления (АД) (только 5%) и избыточного потребления алкоголя (4%) как факторов риска ССЗ. Чаще всего больные ИБС с АО считали, что стресс и курение являются ФР ССЗ (25% и 24%, соответственно). Среди других ФР пациенты чаще отмечали гиперхолестеринемию (10%), нездоровое питание (8%), избыточный вес и ожирение (8%) и гиподинамию (7%). Целевые цифры АД смогли правильно указать только 10% участников исследования, общего холестерина — 2%, глюкозы — никто (0%). Абсолютное большинство (98%) участников хотели бы получить больше информации о своем заболевании, 63% пациентов с радостью сделают это, 31% — часто думает на эту тему.

Заключение. Пациенты с ИБС и АО, находившиеся на стационарном лечении, крайне низко информированы в отношении кардиоваскулярных ФР и их целевых значений. В тоже время у этих пациентов отмечается высокий уровень мотивации к изменению образа жизни, что требует внедрения в практику методик профилактического консультирования.

111 ВОСПРИЯТИЕ БОЛЕЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ФОРМОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ПОСЛЕ КАТЕТЕРНОЙ АБЛАЦИИ

Погосова Н. В., Давтян К. В., Телегина А. И., Юферева Ю. М. ФГБУ “ГНИЦ профилактической медицины” Минздрава России, Москва, Россия

В настоящее время остаются малоизученными психологические особенности больных с фибрилляцией предсердий (ФП), несмотря на растущую численность этой популяции пациентов.

Цель. Изучение компонентов когнитивной оценки внутренней картины болезни и степени угрозы для здоровья у пациентов с пароксизмальной формой ФП после катетерной аблации (КА).

Материал и методы. В исследование включены 58 пациентов в возрасте от 37 до 72 лет (средний возраст \pm СО 56,48 \pm 7,41 лет), 33 (57%) мужчин и 25 (43%) женщин, которым была выполнена КА (радиочастотная и криоаблация). Для проведения клинико-психологического исследования представлений о болезни использовался Краткий опросник восприятия болезни (The Brief Illness Perception Questionnaire — BIPQ). Внутренняя картина заболевания оценивается исходно и через 6 и 12 месяцев после КА.

Результаты. Проведенный анализ структуры восприятия болезни показал, что пациенты с пароксизмальной формой ФП после КА воспринимают свою болезнь как хорошо идентифицируемую (7,12±2,54) и понимаемую (7,74±2,36), но плохо контролируемую (5,53±2,98), имеющую серьезные последствия (7,02±2,46), что, в значительной мере вызывает повышенную озабоченность своим состоянием (7,98±2,09) и выраженное эмоциональное реагирование на болезнь (6,55±2,81). Средний балл, характеризующий восприятие болезни как угрозы, составил у обследованных пациентов 44,79±11,28 баллов.

Таблица. Результаты обследования пациентов с пароксизмальной формой ФП после КА по отдельным подшкалам опросника VIPQ

Параметр	Оценка, среднее±СО
Последствия болезни	7,02±2,46
Продолжительность болезни	6,02±3,09
Личный контроль	5,53±2,98
Контроль лечения	6,69±2,66
Идентификация	7,12±2,54
Озабоченность болезнью	7,98±2,09
Понимание болезни	7,74±2,36
Эмоциональное реагирование на болезнь	6,55±2,81

Заключение. Пациенты с пароксизмальной ФП после КА воспринимают болезнь как угрожающую жизни и здоровью, что связано с приступообразным и плохо контролируемым течением заболевания.

112 КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ФОРМОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ПОСЛЕ КАТЕТЕРНОЙ АБЛАЦИИ

Погосова Н. В., Давтян К. В., Телегина А. И., Юферева Ю. М.
ФГБУ «ГНИЦ профилактической медицины» Минздрава России, Москва, Россия

Фибрилляция предсердий (ФП) является одним из наиболее распространенных нарушений ритма сердца в рутинной клинической практике. Основной целью выполнения катетерной абляции (КА) у пациентов с пароксизмальной формой ФП является поддержание синусового ритма и улучшение качества жизни (КЖ).

Цель. Оценить КЖ у пациентов с пароксизмальной формой ФП после КА.

Материал и методы. В исследование включены 58 пациентов в возрасте от 37 до 72 лет (средний возраст ± СО 56,48±7,41 лет), 33 (57%) мужчин и 25 (43%) женщин, которым была выполнена КА (радиочастотная и криоабляция). Период наблюдения за пациентами составляет 1 год. КЖ оценивается исходно и через 6 и 12 месяцев после КА. Для определения КЖ используется опросник SF-36.

Результаты. 96% включенных пациентов имели артериальную гипертонию, 65% перенесли инфаркт миокарда, 15% страдали сахарным диабетом, т.е. у большинства включенных пациентов отмечались другие сердечно-сосудистые и сопутствующие заболеваниями, помимо ФП. Подавляющее большинство участников имели высшее образование (88%), у оставшихся 12% было среднее специальное образование. Большинство включенных пациентов охарактеризовали свой уровень дохода как низкий (64% пациентов); очень низкий уровень дохода был у 3,4% пациентов, средний — у 29,3%, высокий — у 3,4%.

При исходной оценке КЖ отмечалось отчетливое снижение как интегрального физического (42,18±6,46), так и интегрального психологического (41,73±11,9 балла) компонента здоровья, причем самые низкие средние показате-

ли были получены по шкале ролевого функционирования, обусловленного физическим состоянием (30,6±38,91).

Таблица. КЖ у пациентов с пароксизмальной формой ФП после КА

Шкалы	Оценка, среднее ± СО
Физическое функционирование	71,72±23,2
Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием	30,6±38,91
Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием	49,99±41,53
Жизненная активность	51,38±18,28
Психическое здоровье	55,38±20,28
Социальное функционирование	61,85±24,83
Интенсивность боли	62,72±27,80
Общее состояние здоровья	50,67±15,74
Интегральный физический компонент здоровья	42,18±6,46
Интегральный психический компонент здоровья	41,73±11,9

Заключение. Пациенты с пароксизмальной ФП после КА имеют низкое КЖ, что следует учитывать при разработке программ профилактического консультирования и дальнейшего ведения таких пациентов.

113 ВЛИЯНИЕ ДЕПРЕССИИ НА РИСК СМЕРТИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, ПЕРЕНЕСШИХ ОПЕРАЦИЮ ПО ИМПЛАНТАЦИИ КАРДИОСТИМУЛЯТОРА

Пушкарёв Г. С., Солдатова А. М., Енина Т. Н., Фишер Я. А., Сапожникова А. Д., Кузнецов В. А.

Тюменский кардиологический научный центр, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук, Томск, Россия

Цель. Оценить влияние депрессии на риск смерти от всех причин у пациентов с ХСН, перенесших операцию по имплантации кардиостимулятора.

Материал и методы. В исследование было включено 149 пациентов, которым была выполнена имплантация биветрикулярного кардиостимулятора для проведения ресинхронизирующей терапии и 104 пациента, которым была выполнена имплантация кардиовертера-дефибрилятора. Всего было обследовано 253 пациента (210 мужчин и 43 женщины) в возрасте от 23 года до 84 лет (средний возраст 56,8±10,1 лет). Средняя продолжительность проспективного наблюдения составила 49,5±31,7 месяцев. Для определения симптомов депрессии использовали шкалу Бека. Если испытуемый набирал по шкале от 19 баллов и выше у него определяли выраженные депрессивные симптомы, от 10 до 18 — легкие депрессивные симптомы. Если испытуемый набирал 9 баллов и менее, то считали, что у пациента отсутствуют симптомы депрессии. Для оценки относительного риска (ОР) смерти от всех причин использовали мультивариантную регрессионную модель пропорционального риска Кокса. ОР рассчитывали с учетом возраста, пола, курения, наличия артериальной гипертонии, индекса массы тела, наличия гиперхолестеринемии, величины фракции выброса левого желудочка, количества гемодинамически значимых стенозированных поражений коронарных артерий, а также типа имплантируемого кардиостимулятора. В анализ включали как количественные, так и категориальные показатели.

Результаты. Средний балл по шкале Бека составил 12,82±8,14. У 99 (39,1%) пациентов симптомы депрессии отсутствовали, у 96 (37,9%) диагностировали легкие симптомы депрессии и у 58 (22,9%) — выраженные симптомы депрессии. За период проспективного наблюдения от всех причин умерло

37 пациентов (11,4%). По результатам анализа, ОР смерти от всех причин для показателя депрессии определенного в баллах составил 1,04, 95% ДИ 1,01 — 1,08. При анализе категориальных показателей депрессии в качестве референсной группы с ОР равным 1,0 была принята группа пациентов без признаков депрессии. У пациентов с легким уровнем депрессии ОР составил 1,07, 95% ДИ 0,46 — 2,50, с выраженными депрессивными симптомами — 2,72, 95% ДИ 1,14 — 6,47.

Заключение. Депрессия оказывала значимое и независимое влияние на риск смерти от всех причин у пациентов с ХСН, перенесших операцию по имплантации кардиостимулятора.

114 АНАЛИЗ НАРУШЕНИЙ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, ОСЛОЖНЕННОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Расулова З.Д., Камилова У.К.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации, Ташкент, Узбекистан

Цель. Изучить состояние липидного обмена у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) и хронической сердечной недостаточностью (ХСН) I — III функционального класса (ФК).

Материал и методы. Всего было обследовано 120 больных ИБС с I (37), II (43) и III ФК (40 больных) ХСН. ФК ХСН оценивали согласно рекомендациям Нью-Йоркской ассоциации по изучению сердца (NYHA) с помощью теста 6-минутной ходьбы. Средний возраст больных составил 62,3±5,6 лет. Рассчитывали индекс массы тела (ИМТ) по формуле: ИМТ=вес (кг)/рост² (м²). Результаты интерпретировали следующим образом: нормальный ИМТ — 20,0-24,9 кг/м², избыточная масса тела (предожирение) — 25,0-29,9 кг/м², ожирение — 30,0 кг/м² и выше, пониженное питание — ниже 19,9 кг/м². Показатели липидного обмена (общий холестерин, холестерин липопротеидов высокой плотности (ЛПВП) и низкой плотности (ЛПНП), триглицериды (ТГ)) определяли с помощью энзиматического колориметрического метода с использованием стандартных наборов Biokop (Германия). Контрольную группу составили 20 здоровых лиц.

Результаты. Среди обследуемых больных ХСН — нормальный ИМТ выявлен в 29% случаев, повышенный — в 62% (из них на долю ожирения приходится 58,5%), сниженный — в 9%. При I ФК ХСН повышенную массу тела имели 77% исследуемых; при II ФК ХСН — 67,5%; при III ФК ХСН — 46,5%. Нормальный ИМТ имели 23% больных с I ФК ХСН, 24% больных с II ФК ХСН, 28% больных с III ФК ХСН. Сниженный ИМТ имели 8,5% больных со II ФК ХСН, 25,5% больных с III ФК ХСН, при I ФК ХСН такие пациенты отсутствовали (p=0,05).

Анализ липидного обмена показал, что у больных ХСН гиперхолестеринемия (ГХЛ) отмечается в 45,9% случаев (p<0,05 по сравнению с контролем), гипертриглицеридемия (ГТГ) — в 23% (p=0,03), повышение ЛПНП — в 62% (p=0,02), снижение ЛПВП — в 15,3% случаев (p<0,05). ГХЛ и ГТГ более характерны для больных с II ФК ХСН — 62,5 и 43,6%, соответственно. При III ФК ХСН доля пациентов с данным видом гиперлипидемии достоверно снижается до 34,5 и 27,3%, соответственно, (p<0,05) и увеличивается удельный вес больных, имеющих на фоне нормальных показателей общего холестерина повышенный уровень ЛПНП и сниженный ЛПВП в крови (до 58%). В нашем исследовании более половины больных имели повышенный ИМТ (ожирение и предожирение), это требует специальных мер и ограничения калорийности питания при ИМТ >25 кг/м² у всех пациентов с риском декомпенсации сердечной деятельности.

Заключение. Таким образом, ГХЛ и ГТГ более характерны для больных с II ФК ХСН; а при III ФК ХСН доля пациентов

с данными видами гиперлипидемии достоверно снижается и увеличивается удельный вес больных, имеющих на фоне нормальных показателей общего холестерина повышенный уровень ЛПНП и сниженный ЛПВП.

115 ГИПЕРФОСФАТЕМИЯ КАК ПРЕДИКТОР НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ПРОГНОЗА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Резник Е.В., Гендлин Г.Е., Никитин И.Г.

ФГБОУ ВО Российский Национальный Исследовательский Медицинский Университет им. Н.И. Пирогова Минздрава России, Москва, Россия

Цель. В ряде исследований недавно было показано, что гиперфосфатемия взаимосвязана с риском развития сердечной недостаточности в популяции и повышением смертности у пациентов с хроническими заболеваниями почек и без них. Целью нашей работы стало изучение клинического и прогностического значения гиперфосфатемии у пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН).

Материал и методы. У 212 пациентов с ХСН I-IV функционального класса (ФК) с фракцией выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) <45% без первичной почечной, эндокринной, аутоиммунной, онкологической и костной патологии [медиана (интерквартильный размах) возраста — 64,0 (56,0;70,0) лет; ФВ ЛЖ — 30,5 (25,3; 36,9)%, eGFR — 61,3 (48,7;77,7) мл/мин/1,73 м²] были проанализированы сывороточные уровни неорганического фосфора (Р), интактного паратиреоидного гормона (ПТГ), 25-ОН-витамина D, экскреция альбумина с мочой (ЭАМ), расчетная скорость клубочковой фильтрации (СКФ, СКД-ЕРІ), минеральная плотность костной ткани (МПК) с помощью двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии поясничного отдела позвоночника (L1-4) и бедренной кости (Neck, Total), риск развития переломов по модели FRAX. Пациенты наблюдались в течение 10 лет. Продолжительность жизни больных до летального исхода/окончания исследования составила 26 (12, 60) месяцев.

Результаты. Медиана и интерквартильный размах сывороточного фосфора составили 1,23 (1,08;1,41) ммоль/л. Гиперфосфатемия (P>1,45 ммоль/л) выявлена у 23,0% пациентов с ХСН. У пациентов с гиперфосфатемией был более высокий ФК ХСН, большая тяжесть артериальной гипертензии в анамнезе, более выраженная экскреция альбумина с мочой, меньшие значения СКФ (p<0,05). Остеопороз (Т-критерий <=-2,5SD) был обнаружен у 32,4% (95% ДИ 14,7-51,9%), остеопения (Т-критерий от -1,0 до -2,5SD) — у 40,5% (95% ДИ 22,0-59,0%). ПТГ составил 77,6 (38,2;136,0) пг/мл, вторичный гиперпаратиреоз (>62 пг/мл) был у 59,8% (95% ДИ 48,0-71,6%). 25-ОН-витамин D составил 47,3 (38,8; 54,6) нмоль/л, дефицит витамина D (<47,7 нмоль/л) был выявлен у 53,8% (95% ДИ 38,4-69,2) пациентов. За время наблюдения умерло 67,8% пациентов с ХСН, в т.ч. 42% из них внезапно. Выживаемость пациентов с гиперфосфатемией была значительно ниже, чем у пациентов без нее (p<0,05). Выявлена тенденция к снижению показателей выживаемости у пациентов со значениями ПТГ в сыворотке выше его медианы (≥78,6 пг/мл) по сравнению с остальными, а также тенденция к увеличению 10-летнего риска перелома любой локализации, оцениваемого по модели FRAX, у пациентов с гиперфосфатемией. В регрессионной модели Кокса было обнаружено, что неорганический фосфор является одним из самых сильных предикторов выживаемости и сопоставим по силе влияния с ФВ ЛЖ и СКФ.

Заключение. Гиперфосфатемия может рассматриваться в качестве предиктора неблагоприятного прогноза у пациентов с хронической сердечной недостаточностью. Требуется дальнейшие исследования для определения, может ли коррекция гиперфосфатемии приводить к улучшению выживаемости больных с хронической сердечной недостаточностью.

116 ОСОБЕННОСТИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЖЕСТКОСТИ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ И ЦЕНТРАЛЬНОГО АОРТАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У МУЖЧИН РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Савенков А. А., Еременко А. В., Фендрикова А. В.

ГБОУ ВО “КубГМУ Минздрава России”, Краснодар, Россия

Цель. Оценить особенности показателей жесткости сосудистой стенки и центрального аортального давления (ЦАД) у мужчин с артериальной гипертонией (АГ) разных возрастных групп.

Материал и методы. Проанализированы данные объективного (в том числе антропометрического) обследования, а также протоколы суточного мониторинга артериального давления 56 мужчин с АГ (комплекс BPLab Vasotens, ООО “Петр Телегин”). По возрастному признаку были сформированы 2 группы мужчин: 1 группа (n=39) — 18-40 лет, 2 группа (n=17) — старше 40 лет. Результаты исследования обработаны в программе Microsoft Excel 2013.

Результаты. Достоверная разница ($p < 0,05$) между возрастными группами выявлена по следующим показателям: индекс массы тела (до 40 лет — $26,52 \pm 0,66$; после 40 лет — $29,01 \pm 0,83$); среднее диастолическое артериальное давление (ДАД) в ночные часы (до 40 лет — $67,46 \pm 1,39$ мм рт.ст.; после 40 лет — $73,29 \pm 2,16$ мм рт.ст.), индекс времени ДАД в ночные часы (до 40 лет — $20,97\% \pm 3,93$; после 40 лет — $46,71\% \pm 8,23$), среднее артериальное давление (до 40 лет — $95,36 \pm 1,36$ мм рт.ст.; после 40 лет — $103,41 \pm 2,45$ мм рт.ст.), частота сердечных сокращений (ЧСС) (до 40 лет — $78,18 \pm 1,92$ уд/мин; после 40 лет — $66,53 \pm 2,03$ уд/мин). Сравнительный анализ показателей ригидности артерий показал, что в старшей возрастной группе регистрировались достоверно ($p < 0,05$) более значимые патологические изменения изучаемых параметров: время распространения отраженной волны (PWTT), приведенное к систолическому артериальному давлению (САД)=100 мм рт.ст. и ЧСС=60 уд/мин в 1 группе составило $152,44 \pm 2,6$ с, во 2 группе — $137,88 \pm 3,76$ мс, оценочная скорость пульсовой волны в аорте (PWVao), приведенное к САД=100 мм рт.ст. и ЧСС=60 уд/мин $9,41 \pm 0,3$ мс и $10,65 \pm 0,42$ мс, индекс аугментации — $(-53,95)\% \pm 2,19$ и $(-22,47) \pm 5,59\%$, максимальная скорость нарастания артериального давления ((dP/dt)max) — $793,56 \pm 29,38$ мм рт.ст. и $584,47 \pm 35,77$ мм рт.ст., соответственно. Аналогичная тенденция отмечалась и при сравнительном анализе показателей ЦАД: аортальное среднее гемодинамическое давление (СрАДао) у мужчин до 40 лет составило $95,36 \pm 1,36$ мм рт.ст., после 40 лет — $103,41 \pm 2,45$ мм рт.ст., индекс аугментации в аорте — $(-0,23)\% \pm 1,33$ и $20,53\% \pm 3,19$, индекс аугментации в аорте, приведенный к ЧСС=75 уд/мин — $0,31\% \pm 1,2$ и $14,06\% \pm 3,99$, соответственно.

Заключение. У мужчин с АГ старше 40 лет имеют место не только достоверно более значимые патологические изменения некоторых “традиционных” показателей суточного мониторинга АД, но и параметров, характеризующих жесткость сосудистой стенки и ЦАД. Вместе с тем даже в молодом возрасте (до 40 лет) у мужчин с АГ значения показателей ригидности артерий превышают возрастную норму, что свидетельствует о необходимости проведения ранней эффективной антигипертензивной терапии для профилактики сердечно-сосудистых осложнений.

117 КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ STEMI НА ФОНЕ ДЛИТЕЛЬНОЙ СТАТИНОТЕРАПИИ

Салямова Л. И., Хромова А. А., Голубева А. В., Олейников В. Э.

ФГБОУ ВО “Пензенский государственный университет”, Пенза, Россия

Цель. Изучить динамику клинико-лабораторных проявлений хронической сердечной недостаточности у больных, перенесших острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST (STEMI), на фоне 24-недельной терапии аторвастатином в различных дозах.

Материал и методы. В исследование включено 76 пациентов со STEMI в первые 24-96 часов от начала заболевания, подтвержденного данными ЭКГ, уровнем тропонина I, КФК-МВ. Обязательным условием было наличие гемодинамически значимого стеноза только одной артерии по результатам коронароангиографии. Пациенты были рандомизированы в две группы. В контрольную группу (К) вошли 40 лиц, получавших аторвастатин в дозе 20 мг/сутки. Основную группу (А) составили 36 человек, принимавших аторвастатин 80 мг/сутки. Сравнимые лица были сопоставимы по возрасту, антропометрическим параметрам, уровню офисного артериального давления. Лечение в рамках исследования проводили без отмывочного периода с сохранением полного объема назначенных лекарственных средств. Исходно на 7-9 сутки и через 24 недели медикаментозной терапии определяли мозговой натрийуретический пептид (BNP) с помощью иммунохимического анализа. Тест с 6-минутной ходьбой проводили спустя 3 и 6 месяцев от перенесенного STEMI.

Результаты. Исходно средние значения BNP в группе К составили $79,7 (45,6; 163,2)$ пг/мл, в группе А, соответственно, $83,7 (37,4; 125,6)$ пг/мл ($p > 0,05$). Через 24 недели лечения у больных, принимавших аторвастатин 20 мг, отмечалось достоверное снижение BNP на 44% (до $45,5 (15,7; 79,4)$ пг/мл, $p < 0,05$), у пациентов, получавших высокие дозы препарата, — на 58% (до $34,8 (21,8; 70,6)$ пг/мл, $p < 0,05$). При этом в группе К исходно значения BNP, превышавшие пороговый уровень, выявлены в 25% случаев (10 человек), через 24 недели в 5% (2 человека) ($p < 0,05$); в основной группе, соответственно, в 33% (12 человек) и 11% (4 человека) ($p < 0,05$). По результатам анализа теста с 6-минутной ходьбой через 12 недель наблюдения в группе К 0 ФК выявлен в 15% случаев (6 человек), 1 ФК в 55% (22 человека), 2 ФК в 30% (12 человек). На фоне 24-недельной терапии 0 ФК зарегистрирован в 25% случаев (10 человек), 1 ФК в 50% (20 человек), 2 ФК в 25% (10 человек) ($p > 0,05$). В основной группе исходно: 0 ФК — 19% (7 человек), 1 ФК — 47% (17 человек), 2 ФК — 31% (11 человек), 3 ФК — 3% (1 человек), повторно, соответственно, 28% (10 человек, $p > 0,05$), 55% (20 человек, $p > 0,05$), 11% (4 человека, $p < 0,05$), 3% (1 человек, $p > 0,05$).

Заключение. У пациентов с перенесенным STEMI на фоне терапии аторвастатином в дозе 80 мг в сутки выявлено достоверное улучшение функционального статуса по данным теста с 6-минутной ходьбой при сопоставимой положительной динамике BNP в группах сравнения.

118 ИССЛЕДОВАНИЕ СПОСОБОВ СОВЛАДАНИЯ СО СТРЕССОВЫМИ И ПРОБЛЕМНЫМИ ДЛЯ ЛИЧНОСТИ СИТУАЦИЯМИ В РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ ПАЦИЕНТОВ С ФАКТОРАМИ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Сивакова О. В.

ФГБУ “ГНИЦ профилактической медицины” Минздрава России, Москва, Россия

Цель. Изучить способы совладания со стрессовыми и проблемными для личности ситуациями в разных возрастных подгруппах пациентов с факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний (ФР ССЗ).

Материал и методы. В исследование включено 140 пациентов. Критерии включения: 1) возраст от 18 до 80 лет; 2) наличие одного и более ФР ССЗ. Критерии исключения: наличие психического заболевания. Выделены 3 возрастные подгруппы — младшая (1 — 18-39 лет), средняя (2 — 40-59 лет), старшая (3 — 60-80 лет) по 47, 51 и 42 пациента, соответственно; подгруппы не отличались по половому составу между собой. Для

проведения исследования использована “Методика для психологической диагностики способов совладания со стрессовыми и проблемными для личности ситуациями” (Вассерман, 2009). Методика позволяет оценить частоту использования основных стратегий совладания: Конфронтация (С1), Дистанцирование (С2), Самоконтроль (С3), Поиск социальной поддержки (С4), Принятие ответственности (С5), Бегство-избегание (С6), Планирование решения проблемы (С7), Положительная переоценка (С8). Статистическая обработка результатов выполнена с помощью программы Statistica 10.0.

Результаты. Анализ данных всей группы пациентов показал, что средние значения стандартных Т-баллов всех основных видов совладающего поведения находятся в пределах умеренного использования соответствующих стратегий. При сравнении подгрупп 1 и 2 между собой выявлено достоверно более частое использование в подгруппе 1 С1 ($p=0,01$) и С6 ($p=0,0001$), более редкое использование С4 ($p=0,03$). При сравнении подгрупп 2 и 3 между собой было выявлено достоверно более частое использование в подгруппе 2 С4 ($p=0,04$). При сравнении подгрупп 1 и 3 между собой было выявлено достоверно более частое использование в подгруппе 1 С1 ($p=0,001$), С2 ($p=0,03$), С6 ($p=0,00003$) и С7 ($p=0,04$). По остальным вариантам сравнения статистически значимых различий получено не было.

Заключение. У пациентов с ФР ССЗ отмечается умеренное использование основных стратегий совладания. В младшей возрастной подгруппе отмечается более частое использование стратегий “Конфронтация”, “Бегство-избегание” (по сравнению со средней и старшей подгруппами), “Дистанцирование” и “Планирование решения проблемы” (по сравнению со старшей подгруппой). В средней возрастной подгруппе отмечается более частое использование стратегии “Поиск социальной поддержки” (по сравнению с младшей и старшей подгруппами).

119 АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИЙ РЕГИСТР ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА “ПРОФИЛЬ-ИМ”: ХАРАКТЕРИСТИКА ВКЛЮЧЕННЫХ ПАЦИЕНТОВ И КАЧЕСТВО ТЕРАПИИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Сичинава Д. П.¹, Калайджян Е. П.¹, Марцевич С. Ю.², Кутищенко Н. П.²

¹ГБУЗ ГП №9 ДЗМ, Москва; ²ФГБУ “ГНИЦ профилактической медицины” Минздрава России, Москва, Россия

Цель. У пациентов, перенесших острый инфаркт миокарда (ОИМ) и наблюдающихся в амбулаторно-поликлиническом звене здравоохранения (в рамках регистра ПРОФИЛЬ-ИМ), оценить качество догоспитальной терапии.

Материал и методы. В регистр включены пациенты, выписанные из стационара с диагнозом ОИМ за период с 01 марта 2014 г. по 30 июня 2015 г. и в дальнейшем обратившиеся для амбулаторно-поликлинического наблюдения в одну из городских поликлиник г. Москвы или ее филиалы. Данные получены на основании информации медицинской документации стационара и поликлиники. Включено 160 человек: 106 (66,2%) мужчин и 54 (33,8%) женщины, возраст пациентов $74,2 \pm 11,2$ лет (от 33 до 87 лет), более половины пациентов пенсионного возраста — 89 (55,6%), а 50 (31,3%) имели группу инвалидности. Высшее и среднее специальное образование имели большинство пациентов 57 (33,6%) и 62 (38,8%) человек соответственно, остальные — среднее или начальное образование. Статистическая обработка проведена с помощью пакета программ STATISTICA 6.0 for Windows.

Результаты. У врача-терапевта постоянно наблюдались до референсного ОИМ 63 (39,4%) человека, 45 (28,1%) пациентов посещали поликлинику нерегулярно, а 52 (32,5%) — не посещали совсем. У врача-кардиолога постоянно наблюдались только 11 (6,9%) человек. Последнее обращение до референсного ОИМ к врачу любой специальности состоялось примерно за год до события у 88 (55%) больных. На диспансерном наблюдении по поводу сердечно-сосудистых заболе-

ваний (ССЗ) состояло только 18 человек (11,25%). Из 160 пациентов артериальная гипертензия была выявлена у 118 (73,4%) пациентов, нарушение ритма сердца по типу фибрилляции предсердий (ФП) — у 14 (8,8%), ранее ОИМ перенесли 28 (17,5%) пациентов, инсульт или транзиторную ишемическую атаку — 15 (9,4%) реваскуляризация миокарда выполнена 10 (6,3%) пациентам. У 25 (28,1%) пациентов был выявлен сахарный диабет 2 типа. У пациентов с высоким риском ССЗ до развития референсного ОИМ медикаментозная терапия не была достаточно активной: ингибиторы АПФ были назначены только 42,5% пациентов, бета-адреноблокаторы — 23,1%, антиагреганты — 26,9%, диуретики — 6,25%, статины — только 6,25% пациентам, а антикоагулянты только 1 пациенту с ФП — (7,1%).

Заключение. Таким образом, на амбулаторно-поликлиническом этапе наблюдения пациентов с очень высоким риском сердечно-сосудистых осложнений продемонстрирован недостаточный уровень мероприятий, направленных на профилактику ОИМ, в связи с этим некоторые стороны выполнения мероприятий по первичной и вторичной профилактики требуют совершенствования.

120 ВЛИЯНИЕ ХРОНОФАРМАКОТЕРАПИИ НА ПОКАЗАТЕЛИ ЦЕНТРАЛЬНОГО АОРТАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И ЖЕСТКОСТИ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ У СОЛЕРЕЗИСТЕНТНЫХ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Скибицкий В. В., Киселёв А. А., Фендрикова А. В., Веселенко М. И.

ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России, Краснодар, Россия

Цель. Оценить влияние комбинированной антигипертензивной терапии на показатели центрального аортального давления (ЦАД) и жесткости сосудистой стенки у солерезистентных пациентов с неконтролируемой артериальной гипертензией (НКАГ) и сахарным диабетом (СД) 2 типа.

Материал и методы. В исследование включено 63 пациента с НКАГ и СД 2 типа, медиана возраста 57 (38–74) лет, которые были отнесены к солерезистентным по результатам проведения пробы В.И. Харченко. После рандомизации методом конвертов были сформированы две группы больных: 1 группа ($n=31$) — пациенты, получавшие индапамид-ретард 1,5 мг и рамиприл 10 мг утром, амлодипин 10 мг вечером; 2 группа ($n=32$) — получавшие индапамид-ретард 1,5 мг и амлодипин 10 мг утром, рамиприл 10 мг вечером. Исходно и через 6 месяцев проводилось суточное мониторирование артериального давления (СМАД) с использованием аппаратного комплекса ВРLabVasotens (ООО “Петр Телегин”, Россия) и определением основных показателей СМАД, а также параметров жесткости сосудистой стенки: скорости распространения пульсовой волны в аорте (PWV_{ao} , м/с), времени распространения отраженной волны (RWT , мс), индекса аугментации (AI_x , %) и центрального аортального давления: систолическое аортальное давление (СА $_{Ao}$, мм рт.ст.), диастолическое аортальное давление (ДА $_{Ao}$, мм рт.ст.), среднее пульсовое давление в аорте (мм рт.ст.), индекс аугментации в аорте (AI_{Ao} , %). Статистическая обработка данных проводилась с использованием пакета программ Statistica 6.1.

Результаты. Исходно в обеих группах больных основные показатели жесткости сосудистой стенки и ЦАД достоверно не различались. Через 6 месяцев применения комбинированной терапии в обеих группах больных отмечалась достоверная положительная динамика всех изучаемых показателей жесткости сосудистой стенки и ЦАД. Однако при сравнении степени снижения показателей было выявлено достоверно большее их снижение во 2 группе по сравнению с 1 группой: PWV_{ao} (-16,5%, против -9,3%; $p<0,001$), PWV_{ao} приведенной к частоте сердечных сокращений 60 в минуту (-10,7% против -4,4%; $p<0,001$), СА $_{Ao}$ (-18,5% против -14,6%; $p<0,025$)

соответственно. Степень изменения остальных показателей оказалась сопоставимой в обеих группах больных.

Заключение. Применение комбинированной антигипертензивной терапии продемонстрировало статистически значимые и в целом сопоставимые позитивные изменения основных показателей СМАД, ЦАД и жесткости сосудистой стенки у солерезистентных больных с НКАГ и СД 2 типа. В то же время прием индапамид-ретард и амлодипина утром, рамиприла вечером у солерезистентных пациентов сопровождался достоверно более выраженным уменьшением таких важных в прогностическом отношении параметров жесткости сосудистой стенки и ЦАД как $PW\dot{V}ao$ и САДао, что следует учитывать в клинической практике при проведении лечения и профилактики сердечно-сосудистых осложнений у данной категории больных.

121 ОЦЕНКА МАРКЕРОВ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА У БОЛЬНЫХ С НЕКОНТРОЛИРУЕМОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ СОПУТСТВУЮЩИХ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ

Скибицкий А. В., Фендрикова А. В., Скибицкий В. В.

ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России, Краснодар, Россия

Цель. Провести сравнительный анализ изменений показателей суточного мониторирования артериального давления (СМАД), жесткости сосудистой стенки и центрального артериального давления (ЦАД) в зависимости от наличия сопутствующих депрессивных расстройств (ДР) у больных с неконтролируемой артериальной гипертонией (НКАГ).

Материал и методы. Обследован 231 пациент с НКАГ, в том числе 160 с сопутствующей депрессией. Всем больным проводилось СМАД с использованием аппаратного комплекса (ООО “Петр Телегин” BPLab Vasotens, Россия), с определением основных параметров суточного профиля АД (СПАД) и показателей, характеризующих жесткость сосудистой стенки и ЦАД.

Результаты. Установлено, что при ДР большинство параметров СМАД не только превышали известные нормальные значения, но и были достоверно выше, чем у пациентов без депрессии. Несмотря на сопоставимые показатели среднесуточного систолического АД (САД) и диастолического АД (ДАД) в обеих группах, у пациентов с сопутствующей депрессией регистрировались более высокие, чем в контрольной группе показатели СМАД, такие как вариабельность САД и ДАД (на 20,3% и 31,5%), индекс времени нагрузки САД и ДАД (19,7% и 21,6%), величина и скорость утреннего подъема САД и ДАД (на 35,7% и 40,3%). Кроме того, при нормальном психоэмоциональном статусе тип “non-dipper” регистрировался лишь у 39,4% исследуемых, тогда как при сопутствующей депрессии — у 61,9%. У больных НКАГ с депрессией большинство показателей, характеризующих жесткость сосудистой стенки, превышали известные нормативные величины и были достоверно больше, чем у пациентов без депрессии. Это относилось к таким параметрам, как время распространения отраженной волны (RWTT), скорость распространения пульсовой волны в аорте ($PW\dot{V}ao$) и индекс аугментации в аорте (AI $\dot{x}ao$), которые у больных с ДР на 14,2%, 22,8%, и 34,6% превышали соответствующие значения, зарегистрированные при отсутствии депрессии. Важно и то, что в группе пациентов с ДР регистрировались достоверно более высокие показатели ЦАД. Так, САД в аорте было выше на 17,4%, ДАД в аорте — на 15,8%, среднее АД в аорте — на 16,1%, чем соответствующие показатели в группе больных без депрессии.

Заключение. 1. Полученные данные свидетельствуют, что у пациентов с депрессией имеются более выраженные нарушения СПАД, показатели жесткости сосудистой стенки, ЦАД, как маркеров сердечно-сосудистого риска, что может значительно ухудшать прогноз и способствовать повышению риска развития осложнений НКАГ. 2. Следует учитывать особенности данной категории больных в процессе проведения

антигипертензивной фармакотерапии, которая должна обеспечивать не только достижение целевых цифр АД, но и способствовать коррекции его патологического суточного профиля, а также обеспечивать оптимальные органопротективные и, в частности, кардио-вазопротективные эффекты.

122 ОСОБЕННОСТИ КОМОРБИДНОСТИ И ПРОГНОЗ 10-ЛЕТНЕЙ ВЫЖИВАЕМОСТИ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ

Стародубова Ю. Н., Осипова И. В., Сопотова И. В.

Алтайский государственный медицинский университет, КГБУЗ ГБ №4, Барнаул, Россия

Цель. Изучить частоту и структуру коморбидных заболеваний, оценить кардиоваскулярный риск у женщин с ревматоидным артритом (РА).

Материал и методы. Обследована 231 женщина, средняя продолжительность РА 8,3±3,2 лет, средний возраст пациентов 56,3±4,8 лет. Диагноз РА (критерии ACR\EULAR 2010 г). Оценивались факторы риска. Суммарный сердечно-сосудистый риск оценивался по модифицированной шкале mSCORE (EULAR 2010) для пациентов с РА. Для оценки коморбидного статуса использовали индекс Чарльсона. Статистическая обработка проведена с помощью “Statistica 10”.

Результаты. Сопутствующие заболевания имели 86,9% пациенток, чаще всего встречалась сердечно-сосудистая патология 85%: артериальная гипертензия (АГ) 72%, дислипидемия (ДЛП) 53%, ишемическая болезнь сердца (ИБС) 24%, хроническая болезнь почек (ХБП) 7%, инфаркт миокарда (ИМ) 1%, острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) 1%. На втором месте заболевания пищеварительного тракта (70%): хронический гастрит и гастродуоденит 63%, патология печени 27%, поджелудочной железы 18%, колит 7%. Затем идут заболевания щитовидной железы 34%; остеопороз 32%; заболевания мочевыводящих путей 19%; заболевания органов дыхания 11%; сахарный диабет 3%; онкопатология 2%. Среднее количество нозологий на 1 пациентку 4,7±0,9 (0 до 10 нозологий). При оценке индекса Чарльсона, показатели 10-летней выживаемости выше 90% (низкий индекс коморбидности от 0 до 2 баллов) отмечены у 48,3% женщин, от 53 до 77% (средний 3-4 баллов) — 39,2% и менее 21% (≥5 баллов-высокий) — 12,5%. Среднее значение индекса коморбидности 4,9±1,1 балла. Оценка сердечно-сосудистого риска по mSCORE: высокий 19%, средний 33%, низкий 48%. Высокий индекс коморбидности коррелирует с возрастом пациенток (более 55 лет) ($r=0,83$; $p<0,05$), высокой активностью РА ($DAS\ 28>5,1$) ($r=0,61$; $p<0,05$), длительностью РА более 10 лет ($r=0,74$; $p<0,05$), ожирением ($ИМТ\ \geq 30\text{кг/м}^2$) ($r=0,69$; $p<0,05$), снижением физической активности ($r=0,56$; $p<0,05$), гиперхолестеринемией ($r=0,67$; $p<0,05$), повышенным уровнем стресса (по шкале Ридера ≤ 2 баллов) ($r=0,70$; $p<0,05$), высоким риском по mSCORE ($r=0,71$; $p<0,05$).

Заключение. Коморбидные заболевания при РА встречаются часто (87,7%). По частоте встречаемости первое место занимает сердечно-сосудистая патология. Учитывая, что сердечно-сосудистые заболевания являются основной причиной смерти при РА, необходимо своевременно и в полном объеме корректировать факторы риска. Средний и высокий индексы коморбидности встречаются более чем у половины женщин с РА (51,7%), высокий и средний риски сердечно-сосудистых осложнений по mSCORE — 52%, что требует дальнейшего изучения и разработки рекомендаций по тактике обследования, постоянного мониторинга, “агрессивной” профилактике и лечения данной группы пациенток.

123 ВЛИЯНИЕ КОМОРБИДНОСТИ НА ОТДАЛЕННЫЙ ПРОГНОЗ ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ В РЕГИСТРЕ “ПРОГНОЗ ИБС”

Толтыгина С. Н.

ФГБУ “ГНИЦ профилактической медицины” Минздрава России, Москва, Россия

Цель. Оценить частоту встречаемости сопутствующих заболеваний и их влияние на прогноз у больных, включенных в регистр ПРОГНОЗ ИБС.

Материал и методы. В регистр ПРОГНОЗ ИБС были включены пациенты из Московского региона, последовательно поступавшие в стационар ГНИЦ ПМ с 01.01.2004 по 31.12.2007 гг. в плановом порядке с диагнозом ишемическая болезнь сердца (ИБС), которым во время референсной госпитализации (РГ) была проведена коронарная ангиография ($n=641$, 500 мужчин и 141 женщин). Средний возраст мужчин $56,7 \pm 0,4$ лет, женщин — $59,8 \pm 0,8$ лет. В анализ выживаемости включены 592 пациента (92%). Средний срок наблюдения $7,3 \pm 2,19$ года. Анализ проведен у больных с подтвержденной ИБС ($n=514$) и без диагноза ИБС при выписке ($n=100$). Учитывали наличие в диагнозе факторов риска (ФР) сердечнососудистых заболеваний (ССЗ) (артериальная гипертензия (АГ) и сахарный диабет (СД)), ССЗ (острое нарушение мозгового кровообращения в анамнезе и атеросклеротический стеноз аортального клапана, хроническая сердечная недостаточность (ХСН), фибрилляция предсердий), и не ССЗ: хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) или бронхиальная астма (БА) и хроническая почечная недостаточность (ХПН) в историях болезни при РГ.

Результаты. Среднее число сопутствующих заболеваний во всей когорте больных составило 1,72, у лиц с ИБС оно было выше, чем у лиц без ИБС (1,83 против 1,14, $p=0,0001$). С возрастом частота встречаемости сопутствующих как ССЗ, так и не ССЗ достоверно увеличивалась, тогда как распространенность ФР увеличивалась до 65 лет, а затем снижалась у пациентов старших возрастных групп. Наличие сопутствующих заболеваний, так и заболеваний легких и ХПН, ухудшало прогноз жизни как у лиц с ИБС, так и без нее. Относительный риск (ОР) развития промежуточных конечных точек (ПКТ) (смерть, не фатальные острый инфаркт миокарда и инсульт) у лиц с ИБС повышалось наличием СД в 1,7, сочетание СД с АГ в 2,4, перенесенного инсульта в 2,3 раза ($p<0,05$), 2-х и 3-х ССЗ, соответственно, в 2,3 и в 3,2 ($p<0,05$), сочетания заболеваний легких и ХПН в 1,4 раза ($p=0,06$), наличие 2, 3, 4 и 5-и заболеваний, соответственно, в 4, 5, 6,4 и 13 раз ($p<0,001$). У лиц без ИБС наличие и количество как ССЗ, так и не ССЗ, в основном определяло прогноз жизни. Наличие АГ II или III ст. повышало ОР развития ПКТ в 9,7 раз и 18,5 раз, соответственно, СД в 7 раз, ХСН в 10 раз ($p<0,001$), БА в 61 ($p=0,001$), ХОБЛ в 7 ($p=0,03$), ХПН в 5 раз ($p=0,02$), их сочетание (ХОБЛ или БА + ХПН) в 10 раз ($p=0,0005$), сочетание ≥ 3 заболеваний — в 103,5 раза ($p=0,0006$). Риск смерти у лиц с ИБС определялся количеством сопутствующих ССЗ. Наличие 2-х ССЗ повышало ОР общей смертности (ОС) в 2,3 раза, 3-х в 4,6 раза, сочетание 4-х любых заболеваний в 3,5, 5-и в 5 раз ($p<0,05$). У лиц без ИБС ОР смерти повышалось в 13 раз наличие не ССЗ, в 48 раз — 3-х и более ССЗ, а сочетание 4-х любых заболеваний в 22,5 раза.

Заключение. Наличие сопутствующих заболеваний значимо ухудшает прогноз жизни как у лиц с ИБС, так и без нее. У лиц без ИБС наличие и количество сопутствующих заболеваний являлось основным фактором, определяющим прогноз жизни.

124 НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ, ПСИХИЧЕСКОГО СТАТУСА, ЛИПИДНОГО ОБМЕНА ПРИ ОРТОРЕКСИИ У ЛИЦ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С СОЧЕТАННОЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Третьяков С. В.

Новосибирский государственный медицинский университет, Новосибирск, Россия

Цель. Изучить особенности артериальной гипертензии, липидного обмена, пищевого поведения и психического статуса у больных старческого возраста с сочетанной сердечно-сосудистой патологией.

Материал и методы. Обследовано 27 человек с сочетанной сердечно-сосудистой патологией: артериальной гипертензией 3 стадией и ишемической болезнью сердца (ИБС), стенокар-

дией напряжения 2 ФК. Группа была разделена на две подгруппы. Первую составили лица с орторексией (12 человек, средний возраст 78,4 года), вторую составили лица без орторексии (15 человек, средний возраст 76,5 года). Использовался опросник нервной орторексии Бретмена, Римский опросник нервной орторексии, опросник "Типы нарушения пищевого поведения (DEBQ), Торонская алекситимическая шкала (TAS-20), госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS.

Результаты. У лиц с орторексией, в отличие от группы лиц без орторексии, на 6,3% было ниже систолическое артериальное давление (АД) и на 5,7% ниже пульсовое АД при отсутствии отличий по уровню диастолического АД. При этом в первой группе, в отличие от второй были ниже уровень общего холестерина (ОХС) на 11,1% ($p<0,05$), ХЛ-ЛПНП на 47,1% ($p<0,05$), триглицеридов (ТГ) на 16,7% ($p<0,05$) на фоне более низких значений ХС-ЛПВП (на 13,7%, $p<0,05$).

У больных с орторексией средний балл по шкале тревоги был на 33,3% выше ($p<0,05$), чем во второй группе, а средний балл по шкале депрессии HADS в 2 раза ниже ($p<0,05$), чем в группе лиц без орторексии.

В первой группе, в отличие от второй, средний балл по эмоциогенному пищевому поведению был в 2 раза выше ($p<0,05$) при отсутствии достоверных отличий по экстеральному и ограничительному типам поведения.

Лица с орторексией в старческом возрасте характеризовались высоким баллом по алекситимии (средний балл 92). У лиц с орторексией в 33,3% случаев выявлен пограничный уровень алекситимии, в 66,6% — алекситимия. У лиц без орторексии в 16,6% случаев выявлена алекситимия, в 33,3% — пограничный уровень. При этом величина среднего балла, отражающего алекситимию в группе лиц с орторексией и алекситимией была на 12,9% выше ($p<0,05$), а при пограничных значениях — на 19,9% ($p<0,05$) выше, чем в группе лиц без орторексии с алекситимией.

Заключение. Таким образом, у лиц старческого возраста с сочетанной сердечно-сосудистой патологией и орторексией, в отличие от лиц без орторексии, отмечаются более низкие значения АД, лучший липидный профиль при более высоких значениях тревоги, алекситимии и формировании эмоционального типа пищевого поведения.

125 ПРАЙМИРУЮЩАЯ СПОСОБНОСТЬ ПОЛИМОРФНО-ЯДЕРНЫХ ЛЕЙКОЦИТОВ КРОВИ ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ STAPHYLOCOCCUS AUREUS И STREPTOCOCCUS PYOGENES У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Усанова Е. А., Чаусова С. В., Арутюнова Е. Э., Гуревич К. Г.

ФГБОУ ВО "РНИМУ им. Н. И. Пирогова" Минздрава России, Москва, Россия

Цель. Определение праймирующей способности полиморфно-ядерных лейкоцитов (ПМЛ) крови при воздействии комплексными антигенами (АГ) *Staphylococcus aureus* и *Streptococcus pyogenes* у пациентов с синдромом диабетической стопы (СДС).

Материал и методы. Для определения праймирующей способности ПМЛ крови использовался метод люминолзависимой стимулированной сульфатом бария хемилюминесценции (СЛХЛ). Было обследовано 16 пациентов с СДС в возрасте от 44 до 70 лет, 7 мужчин и 9 женщин. Гипергликемия варьировала от 8,0 до 15,0 ммоль/л, средняя продолжительность заболевания составляла $12,9 \pm 1,51$ лет. По клинической форме СДС преобладали смешанные формы (43,75%), нейроишемическая форма составляла 37,50%, а нейропатическая — 18,75%. Тяжелое течение СДС наблюдалось в 81,25% случаев, средней тяжести — в 18,75%. Для сравнения в исследование было включено 49 пациентов, не имеющих сахарного диабета, но страдающих гнойно-воспалительными заболеваниями кожи и мягких тканей нижних конечностей в виде абсцессов (25 человек) и флегмон (24 человека). Возраст пациентов от 17 до 72 лет, 38 мужчин и 11

женщин. Контрольная группа составляла 11 доноров в возрасте от 17 до 23 лет, 7 мужчин и 4 женщины. Взятие крови для исследования СЛХЛ осуществлялось в 1-3 сутки от момента поступления в клинику. Образцы гепаринизированной венозной крови (1×10^6 ПМЛ в пробе) всех обследуемых лиц инкубировали с комплексными АГ *Staphylococcus aureus* и *Streptococcus pyogenes* в различных концентрациях ($5-1000 \times 10^4$ микробных клеток/мл в пробе) в течение 60 минут при 37°C в режиме постоянного перемешивания. В контрольные пробы вместо АГ добавляли физиологический раствор. Измерение параметров СЛХЛ производили на биохимическом анализаторе БЛМ 3606-01 (СКТБ "Наука" КНЦ СО РАН, Россия). Для определения праймирующей способности ПМЛ вычисляли индекс прайминга, равный отношению интенсивности СЛХЛ опытной пробы (праймированной комплексным АГ) к интенсивности стимулированной СЛХЛ контрольной пробы. Полученные данные обрабатывались статистически с помощью пакета компьютерных программ "STATISTICA for Windows" версия 7.0 (StatSoft, USA).

Результаты. Выявлено, что во всех группах обследованных лиц комплексные АГ дозозависимо изменяют праймирующую способность ПМЛ крови. У всех пациентов по сравнению с донорами наблюдается увеличение праймирующей способности ПМЛ крови на всех исследуемых концентрациях комплексных АГ. Однако в группе пациентов с СДС праймирующая способность

ПМЛ крови достоверно ниже, чем у пациентов с гнойно-воспалительными заболеваниями кожи и мягких тканей нижних конечностей.

Заключение. Выявленные изменения праймирующей способности ПМЛ крови на воздействие комплексными АГ при СДС свидетельствуют о снижении функциональной готовности ПМЛ по отношению к бактериальному агенту, способному вызвать инфицирование при СДС.

126 ПАРАМЕТРЫ ТРЕДМИЛОМЕТРИИ, ТЕСТА С 6-МИНУТНОЙ ХОДЬБОЙ И ПРОБЫ СЕРДЕЧНО-ДЫХАТЕЛЬНОГО СИНХРОНИЗМА У ПАЦИЕНТОВ С ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ БИСОПРОЛОЛОМ И КВИНАПРИЛОМ

Хилькевич П. В.^{1,2}, Трегубов В. Г.^{1,2}, Шубитидзе И. З.^{1,2}, Калашиник О. А.¹

¹ГБУЗ ККБ №2 Минздрава Краснодарского края, Краснодар; ²ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России, Краснодар, Россия

Цель. Сопоставить динамику параметров пробы сердечного-дыхательного синхронизма (СДС), тредмилометрии (ТМ) и теста с 6-минутной ходьбой (ШМХ) у пациентов с диастолической хронической сердечной недостаточностью (ХСН) на фоне терапии бисопрололом и квинаприлом.

Материал и методы. В исследовании участвовало 22 пациента с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) I-II функциональных классов (ФК) и нормальной фракцией выброса (ФВ) левого желудочка (ЛЖ) (ФВ ЛЖ $\geq 50\%$) при гипертонической болезни (ГБ) II-III стадий и/или ишемической болезни сердца (ИБС): 12 мужчин и 10 женщин, возраст $50,6 \pm 9,2$ года. Исходно и через 6 месяцев терапии бисопрололом в дозе $5,0 \pm 1,2$ мг/сутки и квинаприлом в дозе $10,4 \pm 2,8$ мг/сутки проводились пробы СДС на аппарате ВНС МИКРО (Россия), ТМ на аппарате SHILLER CARDIOVIT CS 200 (Швейцария) по протоколу R. Bruce и тест с ШМХ. Статистическая обработка проводилась методами вариационной статистики с расчетом средней арифметической (M), ее стандартного отклонения (SD) и коэффициента достоверности Стьюдента (t). Различия считались достоверными при $p < 0,05$.

Результаты. ТМ: уменьшалось двойное произведение (на $12,5\%$; $p < 0,01$); существенно не изменялась максимальная нагрузка. Тест с ШМХ: увеличивалась пройденная дистанция (на $16,3\%$; $p < 0,01$), при этом ХСН не регистрировалась в 9% случаев, у 23% больных уменьшался функциональный класс ХСН от II к I. Проба СДС: уменьшалась ЧСС (на $18,0\%$; $p < 0,05$), максимальная грани-

ца диапазона синхронизации (ДС) (на $9,0\%$; $p < 0,05$), ДС (на $14,0\%$; $p < 0,05$), длительность развития СДС на минимальной (на $10,5\%$; $p < 0,05$) и максимальной границах (на $9,8\%$; $p < 0,05$) ДС, индекс регуляторно-адаптивного статуса (РАС) (на $12,4\%$; $p < 0,01$); существенно не изменялась минимальная граница ДС.

Заключение. В результате терапии бисопрололом и квинаприлом у пациентов с диастолической ХСН I-II ФК на фоне ГБ II-III стадий и/или ИБС повышалась толерантность к физической нагрузке, уменьшался ФК ХСН. При этом отмечалось снижение РАС.

127 ПАРАМЕТРЫ ТРЕДМИЛОМЕТРИИ, ТЕСТА С 6-МИНУТНОЙ ХОДЬБОЙ И ПРОБЫ СЕРДЕЧНО-ДЫХАТЕЛЬНОГО СИНХРОНИЗМА У ПАЦИЕНТОВ С ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ НЕБИВОЛОЛОМ И КВИНАПРИЛОМ

Хилькевич П. В.^{1,2}, Трегубов В. Г.^{1,2}, Шубитидзе И. З.^{1,2}, Калашиник О. А.¹

¹ГБУЗ ККБ №2 Минздрава Краснодарского края, Краснодар; ²ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России, Краснодар, Россия

Цель. Сопоставить динамику параметров пробы сердечного-дыхательного синхронизма (СДС), тредмилометрии (ТМ) и теста с 6-минутной ходьбой (ШМХ) у пациентов с диастолической хронической сердечной недостаточностью (ХСН) на фоне терапии небивололом и квинаприлом.

Материал и методы. В исследовании участвовало 20 пациентов с ХСН I-II функциональных классов (ФК) и нормальной фракцией выброса (ФВ) левого желудочка (ЛЖ) (ФВ ЛЖ $\geq 50\%$) при гипертонической болезни (ГБ) II-III стадий и/или ишемической болезни сердца (ИБС): 9 мужчин и 11 женщин, возраст $57,8 \pm 7,4$ года. Исходно и через 6 месяцев терапии небивололом в дозе $4,7 \pm 0,9$ мг/сутки и квинаприлом в дозе $10,0 \pm 2,7$ мг/сутки проводились пробы СДС на аппарате ВНС МИКРО (Россия), ТМ на аппарате SHILLER CARDIOVIT CS 200 (Швейцария) по протоколу R. Bruce и тест с ШМХ. Статистическая обработка — проводилась методами вариационной статистики с расчетом средней арифметической (M), ее стандартного отклонения (SD) и коэффициента достоверности Стьюдента (t). Различия считались достоверными при $p < 0,05$.

Результаты. ТМ: уменьшалось двойное произведение (на $10,5\%$; $p < 0,01$); существенно не изменялась максимальная нагрузка. Тест с ШМХ: увеличивалась пройденная дистанция (на $12,3\%$; $p < 0,01$), при этом ХСН не регистрировалась в 10% случаев, у 25% больных уменьшался ФК ХСН от II к I. Проба СДС: увеличивалась максимальная граница диапазона синхронизации (ДС) (на $8,5\%$; $p < 0,05$), ДС (на $12,0\%$; $p < 0,05$), индекс регуляторно-адаптивного статуса (РАС) (на $13,4\%$; $p < 0,01$); при этом уменьшались исходная ЧСС (на $17,8\%$; $p < 0,05$), минимальная граница ДС (на $13,5\%$; $p < 0,05$), длительность развития СДС на минимальной (на $14,5\%$; $p < 0,05$) и максимальной границах (на $9,4\%$; $p < 0,05$) ДС.

Заключение. В результате терапии небивололом и квинаприлом у пациентов с диастолической ХСН I-II ФК на фоне ГБ II-III стадий и/или ИБС повышалась толерантность к физической нагрузке, уменьшался ФК ХСН. При этом отмечалось повышение РАС.

128 ПАРАМЕТРЫ ТРЕДМИЛОМЕТРИИ, ТЕСТА С 6-МИНУТНОЙ ХОДЬБОЙ И ПРОБЫ СЕРДЕЧНО-ДЫХАТЕЛЬНОГО СИНХРОНИЗМА У ПАЦИЕНТОВ С ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ КАРВЕДИЛОЛОМ И КВИНАПРИЛОМ

Хилькевич П. В.^{1,2}, Трегубов В. Г.^{1,2}, Шубитидзе И. З.^{1,2}, Калашиник О. А.¹

¹ГБУЗ ККБ №2 Минздрава Краснодарского края, Краснодар; ²ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России, Краснодар, Россия

Цель. Сопоставить динамику параметров пробы сердечно-дыхательного синхронизма (СДС), тредмиллометрии (ТМ) и теста с 6-минутной ходьбой (ШМХ) у пациентов с диастолической хронической сердечной недостаточностью (ХСН) на фоне терапии карведилолом и квинаприлом.

Материал и методы. В исследовании участвовало 19 пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) I-II функциональных классов (ФК) и нормальной фракцией выброса (ФВ) левого желудочка (ЛЖ) (ФВ ЛЖ $\geq 50\%$) при гипертонической болезни (ГБ) II-III стадий и/или ишемической болезни сердца (ИБС): 9 мужчин и 10 женщин, возраст $50,6 \pm 10,2$ года. Исходно и через 6 месяцев терапии карведилолом в дозе $12,4 \pm 1,6$ мг/сутки и квинаприлом в дозе $10,7 \pm 3,0$ мг/сутки проводились проба СДС на аппарате ВНС МИКРО (Россия), ТМ на аппарате SHILLER CARDIOVIT CS 200 (Швейцария) по протоколу R. Bruce и тест с ШМХ. Статистическая обработка — проводилась методами вариационной статистики с расчетом средней арифметической (M), ее стандартного отклонения (SD) и коэффициента достоверности Стьюдента (t). Различия считались достоверными при $p < 0,05$.

Результаты. ТМ: уменьшалась двойное произведение (на 11,4%; $p < 0,01$); существенно не изменялась максимальная нагрузка. Тест с ШМХ: увеличивалась пройденная дистанция (на 13,3%; $p < 0,01$), при этом ХСН не регистрировалась в 5% случаев, у 21% больных уменьшался ФК ХСН от II к I. Проба СДС: увеличивались максимальная граница диапазона синхронизации (ДС) (на 7,5%; $p < 0,05$), ДС (на 8,0%; $p < 0,05$), индекс регуляторно-адаптивного статуса (РАС) (на 10,4%; $p < 0,01$); при этом уменьшались ЧСС (на 16,8%; $p < 0,05$), минимальная граница ДС (на 9,5%; $p < 0,05$), длительность развития СДС на минимальной (на 10,6%; $p < 0,05$) и максимальной границах (на 8,8%; $p < 0,05$) ДС.

Заключение. В результате терапии карведилолом и квинаприлом у пациентов с диастолической ХСН I-II ФК на фоне ГБ II-III стадий и/или ИБС повышалась толерантность к физической нагрузке, уменьшался ФК ХСН. При этом отмечалось повышение РАС.

129 ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРОЙ ТРОМБОЭМБОЛИЕЙ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ

Хромова О. М., Орлова Н. А., Новикова О. Н.

ФГБОУ ВО “Новосибирский государственный медицинский университет” Минздрава России, ГБУЗ НСО “ГКБ№25”, Новосибирск, Россия

Правильной оценке клинических данных принадлежит важная роль в выявлении тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА). Ранняя диагностика может существенно ускорить начало оказания медицинской помощи и тем самым улучшить прогноз.

Цель. Провести анализ клинических признаков у пациентов, госпитализированных в кардиологическое отделение с ТЭЛА.

Материал и методы. Ретроспективно изучены 60 историй болезни пациентов с верифицированной острой ТЭЛА. Проведена оценка клинических симптомов. Группа исследования включала 28 мужчин (47%) и 32 женщины (53%) в возрасте от 34 до 88 лет, средний возраст 63 года. Диагноз был верифицирован на основании результатов мультиспиральной компьютерной томографии грудной клетки с болюсным контрастированием, ангиопульмонографии (15 пациентов). В 19 случаях диагностирована массивная ТЭЛА, у 24 пациентов выявлена субмассивная ТЭЛА и 17 пациентов имели немассивную ТЭЛА.

Результаты. В изучаемой группе заболеваниями легких страдали 11 пациентов (18,3%), курили 12 человек (20%). Ожирение выявлено у 25 человек (41,6%). В анамнезе отме-

чались следующие заболевания: операции в течение последнего года в 7 случаях (11,7%), переломы у 1 пациента (1,7%), протезирование сустава было проведено 1 больному (1,7%), 14 (23,3%) больных имели тромбоз глубоких вен нижних конечностей, сахарным диабетом 2 типа страдали 11 (16,1%) пациентов, артериальной гипертензией и хронической сердечной недостаточностью (ХСН) IIA-III стадии — 30 (50%) и 31 (51,6%) пациент, соответственно. 3 женщины принимали эстрогены. 7 (11,7%) пациентам с ХСН проводилось лечение диуретиками. На длительном постельном режиме находились 2 больных (3,3%). Среди всех клинических симптомов преобладающими оказались: сердцебиение (92%), обусловленное синусовой тахикардией, фибрилляцией, трепетанием предсердий, предсердной пароксизмальной тахикардией; одышка (89%) различной степени выраженности, преимущественно инспираторного характера, которая нередко предшествовала другим клиническим проявлениям; болевой синдром в грудной клетке (43%); кашель (30%); акроцианоз (26%). Сухие или влажные хрипы при аускультации легких выслушивались в 31% случаев. Реже встречались другие симптомы: кровохарканье (9%), тошнота (3%), рвота (3%), головокружение (8%), синкопе (5%), цианоз верхней половины туловища (3%), гипотермия (9%), признаки правожелудочковой недостаточности (12%). Инфаркт-пневмония возникла у 10% больных. 12% пациентов были доставлены в приемный покой в состоянии шока. 98% пациентов имели ЭКГ-изменения, встречающиеся при ТЭЛА. Признаки легочной гипертензии определялись у 97% больных. Наиболее часто отмечались легочный и сердечно-сосудистый варианты острой ТЭЛА.

Заключение. У пациентов с острой ТЭЛА в большинстве случаев возникают: сердцебиение, одышка, болевой синдром в грудной клетке, кашель, акроцианоз. При определении ТЭЛА необходимо учитывать предшествующий анамнез.

130 АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Чепурненко С. А., Ляшенко С. А., Шавкута Г. В., Буянова И. Ю.

ФГБОУ ВО “Ростовский государственный медицинский университет” Минздрава России, ГБУ РО “Ростовская областная клиническая больница”, Ростов-на-Дону, Россия

Цель. Определение факторов, способствующих прогрессированию фибрилляции предсердий у пациентов с метаболическим синдромом.

Материал и методы. Обследовано 86 пациентов с метаболическим синдромом (МС), страдающих постоянной (ПОСТ) и пароксизмальной (ПАР) формами фибрилляции предсердий (ФП). Диагноз МС устанавливался согласно новым критериям Международной диабетической ассоциации. Всем больным выполнялся расчет индекса массы тела (ИМТ), измерение окружности талии и бедер, эхокардиоскопия (ЭХОКС) по стандартной методике, электрокардиография в 12 стандартных отведениях, исследование уровня гликемии натощак, липидограммы. Больные с признаками дилатации левого желудочка (конечный диастолический размер 60 мм и выше) по данным ЭХОКС и сердечно-сосудистыми событиями в анамнезе в работу не вошли.

Результаты. Окружность талии (ОТ), характеризующаяся наличием абдоминального ожирения у мужчин превышала рекомендуемые показатели соответственно при ПАР и ПОСТ ФП на 13,9% и 14,6%, а у женщин на 33,4% и 42,4%, соответственно. По ИМТ мужчины с ПАРФП и ПОСТФП не отличались между собой ($30,19 \pm 5,78$ кг/м² и $31,11 \pm 6,32$ кг/м²). Средний ИМТ у женщин составил при ПАР и ПОСТ ФП $32,93 \pm 6,46$ кг/м² и $35,42 \pm 7,17$ кг/м², соответственно. У мужчин с ПОСТ и ПАР ФП пациенты с ожирением составили 40,7% и 52,9%, соответственно. У женщин с ПАР и ПОСТ ФП больные с ожирением встречались с одинаковой частотой в 66,6%. Согласно рекомендациям ESH/ESC 2013г индекс массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ) более 115 г/м² у мужчин

и более 95 г/м² у женщин является критерием бессимптомного поражения миокарда при артериальной гипертензии. ИММЛЖ у мужчин с ПАР ФП превышал рекомендуемые показатели на 26,95%, а с ПОСТ ФП на 29,6% (p<0,05). У женщин при ПАР ФП ИМТ превышал рекомендуемые показатели на 54,7%, а при ПОСТ ФП на 50,4%. При анализе частоты встречаемости бессимптомного поражения миокарда получены следующие данные. ИММЛЖ превышал нормальные значения у 85,2% мужчин с ПАР ФП и у 88,24% мужчин с ПОСТ ФП. У женщин с ПАР и ПОСТ ФП ИММЛЖ был выше нормы в 96,7% и 100% случаев, соответственно. Таким образом, у женщин бессимптомное поражение миокарда встречалось чаще, чем у мужчин на 11,5% при ПАР ФП и на 11,8% при ПОСТ ФП (p<0,05).

Заключение. Различные степени ожирения встречались у женщин чаще, чем у мужчин (в 1,64 раза при ПАР ФП и в 1,23 раза при ПОСТ ФП (p<0,05)). Абдоминальное ожирение также носило более выраженный характер у женщин с метаболическим синдромом и ФП. Ожирение являлось дополнительным фактором развития гипертрофии левого желудочка и ФП у женщин с метаболическим синдромом наряду с артериальной гипертензией.

131 ПРОФИЛАКТИКА ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОПАТИЕЙ

Чепурненко С. А., Артюхова Н. В., Медведева Ю. А.

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России, ГБУ РО «Ростовская областная клиническая больница», Ростов-на-Дону, Россия

Цель. Подобрать оптимальную схему лечения пациентов с ишемической дилатационной кардиопатией (ИДКМП), способствующую наиболее эффективному замедлению прогрессирования хронической сердечной недостаточности (ХСН).

Материал и методы. Обследовано 77 пациентов от 49 лет до 71 года с ИДКМП без явления декомпенсации. Мужчины 95%, женщины 5%. В исследование включались больные, имеющие конечный диастолический размер (КДР) левого желудочка (ЛЖ) 60 и более мм, не принимавшие диуретики ранее, без признаков декомпенсации на момент обращения. Всем пациентам в первый день обследования и через 3 мес. от начала терапии выполняли тест 6 минутной ходьбы, электрокардиографию и эхокардиоскопию (ЭХОКС) по стандартной методике, исследование лабораторных параметров. Пациенты первой (группа эплеренона (Э)), второй (группа Э + торасемид (Т) и контрольной группы получали рамиприл и небиволол в максимально переносимых дозах, кишечнорастворимую форму ацетилсалициловой кислоты в дозе 100 мг/сут., розувастатин в дозе 20-40 мг в зависимости от показателей липидограммы и активности трансаминаз. В 1-й группе всем пациентам к стандартной терапии был добавлен Э 25 мг 1 раз в течение 30 дней, далее 50 мг 1 раз в день под контролем уровня калия. Во 2-й группе всем пациентам наряду со стандартной терапией и Э назначен Т 5 мг в сутки. Контрольную группу составили 30 пациентов, находящихся на стандартной терапии без антагонистов минералокортикоидных рецепторов и петлевых диуретиков.

Результаты. Через 3 месяца в контрольной группе наблюдалось увеличение КДР правого желудочка на 19,1% (p<0,05). При этом КДР и конечный диастолический объем ЛЖ достоверно не изменились. В группе Э в 59,5% случаев наблюдалась положительная динамика в виде уменьшения КДР и объема ЛЖ по сравнению с исходными данными. У остальных размеры ЛЖ не изменились. На фоне терапии, включающей Э и Т, положительная динамика в виде уменьшения КДО и увеличения фракции выброса по сравнению с исходными данными выявлена в 100% случаев, не зависимо от выраженности дилатации ЛЖ до начала терапии.

Заключение. Наиболее оптимальной является комбинированная терапия, селективным антагонистом минералокортикоидных рецепторов эплереноном и петлевым диуретиком пролонгированного действия торасемидом в дополнение к стандартной терапии. Она приводит к обратному развитию ишемической дилатационной кардиопатии и тем самым замедляет прогрессирование хронической сердечной недостаточности у данной категории пациентов.

132 ВЛИЯНИЕ ВАРИАбельНОСТИ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ НА ФУНКЦИЮ ПОЧЕК У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Черных А. А., Кравченко А. Я., Будневский А. В.

ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н. Н. Бурденко» Минздрава России, Воронеж, Россия

Цель. Изучить влияние вариабельности артериального давления (АД) на функцию почек у пациентов с артериальной гипертензией (АГ).

Материал и методы. В исследовании приняли участие 120 пациентов в возрасте от 22 до 73 лет (средний возраст составил 58,7±15 лет), из них мужчин было 58 (48,3%), женщин — 62 (51,7%). Курящими были 20 человек (16,7%). Длительность АГ составляла в среднем 15,0±6,7 лет. Сахарный диабет 2 типа имели 32 пациента (26,7%). Инфаркт миокарда в прошлом перенесли 58 пациентов (48,3%). Всем пациентам проводилось измерение АД согласно требованиям и критериям ESH/ESC 2013, после 5-мин отдыха в положении сидя с опорой для спины, трехкратно с интервалом в 2 минуты, на левой руке. Согласно клиническим рекомендациям ВНОК от 2009 года, за вариабельность АД (ВАД) внутри визита нами было принято наличие абсолютной разницы между последовательными измерениями более 5 мм рт.ст. У всех пациентов исследовали концентрацию креатинина крови. Скорость клубочковой фильтрации (СКФ) определялась расчетным методом по формуле СКД-EPI (в модификация 2011г), согласно рекомендациями National Kidney Foundation. Все пациенты дали согласие на участие в исследовании в соответствии с международными этическими требованиями ВОЗ. Статистическая обработка данных осуществлялась с помощью программы STATISTICA 10.0.

Результаты. В зависимости от реакции АД на повторные измерения нами были выделены три типа ВАД. Для типа 1 было характерно повышение систолического АД (САД) в 3-м измерении по сравнению со значением АД в 1-м (50%). При 2-м типе значение САД в 1-м измерении было больше, чем при 3-м (25%). К 3-му типу отнесены различия САД при повторных измерениях, не достигавшие 5 мм рт.ст. (25%). У всех пациентов был проведен расчет СКФ для определения стадии хронической болезни почек (ХБП). Чаще всего отмечалась стадия С2 в 46,7% случаев, несколько реже — стадия С3А и С3Б (в 22,5% и 20% случаев, соответственно). Стадия С1 была у 1 из 10 обследованных, а С4 определялась менее чем в 1% случаев. Была проанализирована частота встречаемости стадий ХБП в зависимости от типа ВАД. Стадии С3А и С3Б, чаще отмечались у пациентов с типом 1 ВАД — в 25% и 33,3% случаев, соответственно. Практически одинаковая частота распределения по типам была при стадии С2. Частота стадии С1 не превышала 5 случаев в каждом типе и лишь у одного пациента с типом 1 ВАД была зарегистрирована стадия С4.

Заключение. В ходе проведенного нами исследования была отмечена характерная взаимосвязь повышения САД между 1-м и 3-м измерениями со снижением СКФ у пациентов с АГ.

133 СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ У ДОЛГОЖИТЕЛЕЙ ПРИ МНОГОЛЕТНЕМ ДИСПАНСЕРНОМ НАБЛЮДЕНИИ В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ

Чорбинская С. А.¹, Сизов В. В.², Дорофеева Е. В.², Маховская Т. Г.², Алексеева Л. А.²

¹ФГБУ ДПО “Центральная государственная медицинская академия” УД Президента РФ, Москва; ²ФГБУ “Поликлиника №1” УД Президента РФ, Москва, Россия

Цель. Изучить распространенность сердечно-сосудистых заболеваний у долгожителей при многолетнем активном наблюдении и лечении артериальной гипертензии (АГ).

Материал и методы. Выполнен анализ состояния сердечно-сосудистой системы у 88 долгожителей (из них у 45 мужчин и 43 женщины) на конец 2016 г., по результатам диспансерного обследования в 2015-2016 гг. В исследование включались пациенты в возрасте 90 лет и старше при длительности наблюдения и лечения не менее 10 лет. Критерии не включения в исследование: онкологические заболевания на стадии прогрессирования, тяжелые сопутствующие заболевания, неблагоприятно влияющие на прогноз. Группа сравнения была представлена 78 пациентами старческого возраста.

Изучены: распространенность гипертонической болезни (ГБ), артериальной гипертензии атеросклеротического генеза (АГ АГ), перенесенные инфаркты миокарда с постинфарктным кардиосклерозом (ПИК), хроническая сердечная недостаточность (ХСН), хроническая болезнь почек (ХБП), перенесенные острые нарушения мозгового кровообращения (ОНМК), включая инсульты и транзиторные ишемические атаки, атеросклеротическая дисциркуляторная энцефалопатия (АДЭ), сахарный диабет (СД) типа 2. Скорость клубочковой фильтрации (СКФ) рассчитывалась по формуле: Chronic Kidney Disease Epidemiology creatinine (CKD-EPI cr). Статистическая обработка результатов проводилась с помощью пакета прикладных статистических программ “STATISTICA” (StatSoft, version 6.0 for Windows).

Результаты. Распространенность ГБ у долгожителей составила 27,3%, АГ АГ — 72,7%, ПИК — 21,6%, ХСН 2А — 34,1%, ХСН 2Б — 23,8%, ХБП 3-4 ст. — 73,6%, ОНМК — 2,3%, АДЭ — 62,5%, СД — 12,5%.

Выявлена более низкая распространенность ГБ у долгожителей по сравнению с лицами старческого возраста (27,3% и 44,8%, $p=0,03$) и более высокая распространенность АГ (72,7% и 55,1%, $p=0,02$). ХБП 5 степени диагностировалась только у лиц старческого возраста. Распространенность других сердечно-сосудистых осложнений у долгожителей и лиц старческого возраста достоверно не различалась. Среднее значение СКФ рассчитанной по формуле CKD-EPI cr составила у долгожителей $50,8 \pm 15,0$ мл/мин. Снижение СКФ <60 мл/мин., отмечалось у 86,3%. Статистический анализ выявил статистически достоверную ($p=0,025$) обратную корреляционную связь величины СКФ с возрастом $r=-0,237$.

Заключение. Распространенность большинства сердечно-сосудистых заболеваний у долгожителей и лиц старческого возраста, длительно наблюдаемых в условиях ежегодной диспансеризации и получавших современную антигипертензивную терапию, не различалась. У долгожителей существенно чаще наблюдалась АГ атеросклеротического генеза. Снижение СКФ выявлялось более чем у ¾ обследованных из обеих групп.

134 ДИНАМИКА ИНТЕРЛЕЙКИНА 33 И СТИМУЛИРУЮЩЕГО ФАКТОРА РОСТА ST2 У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Чукаева И. И., Ахматова Ф. Д., Хорева М. В., Аронов Л. С.
ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н. И. Пирогова Минздрава России, Москва, Россия

Цель. Изучить новые маркеры воспаления, выявляющие систолическую дисфункцию левого желудочка (ЛЖ) у больных острым инфарктом миокарда.

Материал и методы. В исследование было включено 33 больных острым инфарктом миокарда (ОИМ), медиана возраста составила 52,4 лет [46; 58]. Критериями исключения являлись возникновение осложнений в остром периоде инфаркта миокарда, проведение реваскуляризации, наличие постинфарктного кардиосклероза в анамнезе. Были сформированы две группы исследования: 1 группа — 18 больных

с систолической дисфункцией ЛЖ, мужчин — 15, женщин — 3, медиана возраста 51,6 [46; 54]; 2 группа — 15 больных без систолической дисфункции ЛЖ: мужчин — 13, женщин — 2, медиана возраста 52,7 [48; 58]. Критерием дисфункции ЛЖ у больных ОИМ являлось повышение концентрации NTproBNP более 300 пк/мл и снижение фракции выброса ЛЖ менее 50%. Обследование больных проводилось на 1-е сутки, 14-е сутки ОИМ и через 6 месяцев: определялись содержание в сыворотке крови тропонина I (нг/мл), интерлейкина 33 (IL 33, пк/мл) и стимулирующего фактора роста, являющегося растворимой формой рецептора интерлейкина 33 — ST2 (нг/мл).

Результаты. В 1 группе больных значения тропонина I в первые сутки ОИМ были 3,59 [2,5; 3,9] нг/мл, во 2-й группе — 2,61 [1,8; 3,1], ($p<0,05$). Концентрация ST2 в сыворотке крови у больных 1 группы в 1 сутки заболевания составила 29,3 [26,95; 40,0] нг/мл, что было значимо выше, чем на 14 сутки — 26,18 [22,58 — 28,93] нг/мл, ($p<0,05$), а через 6 месяцев после ОИМ содержание ST2 было 32,17 [21,97; 36,58] нг/мл, ($p>0,05$). Значения IL33 не имели статистически значимой динамики за весь период наблюдения: в 1 сутки — 4,08 [3,76; 5,15] пк/мл, в 14 сутки — 4,38 [3,95; 5,15] пк/мл, через 6 месяцев — 5,39 [4,91; 5,49] пк/мл, ($p>0,05$).

Во 2 группе больных концентрация ST2 в сыворотке крови не достигала статистически значимой динамики за весь период наблюдения: в 1 сутки — 29,71 [24,54; 33,51] нг/мл, в 14 сутки — 25,99 [18,49; 38,78] нг/мл, через 6 месяцев — 25,1 [9,62; 33,93] нг/мл, $p>0,05$. Значения IL33 в сыворотке крови у больных данной группы на 14 сутки статистически значимо повышались — 4,33 [4,33; 4,43] пк/мл, в сравнении с 1 сутками — 3,76 [3,66; 4,53] пк/мл, ($p<0,03$). Через 6 месяцев заболевания содержание IL33 изменялось незначительно — 4,82 [4,72; 5,2] пк/мл, ($p>0,05$).

Заключение. Повышение содержания стимулирующего фактора роста ST2 в остром периоде инфаркта миокарда может способствовать выявлению систолической дисфункции левого желудочка. Повышение концентрации интерлейкина IL33 в раннем постинфарктном периоде может быть фактором, предупреждающим развитие сердечной недостаточности у больных острым инфарктом миокарда.

135 ХРОНИЧЕСКАЯ ПОСТТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКАЯ ЛЕГОЧНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ — ПСИХОФИЗИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТОВ

Шеменкова В. С., Шостак Н. А., Клименко А. А.
ФГБОУ ВО “РНИМУ им. Н. И. Пирогова” Минздрава России, Москва, Россия

Цель. Оценить физическое и психическое состояние пациентов с хронической посттромбоэмболической легочной гипертензией (ХТЭЛГ) с использованием опросника качества жизни SF-36.

Материал и методы. В исследование включено 15 пациентов с подтвержденным диагнозом ХТЭЛГ: 7 мужчин (46,7%) и 8 женщин (53,3%). Средний возраст пациентов составил $60,1 \pm 3,7$ лет, при этом средний возраст мужчин — $56,7 \pm 4,9$ лет, женщин $63,0 \pm 5,6$ лет. Пациенты заполнили опросник качества жизни SF-36 (модифицированная версия для России), проводилась оценка степени легочной гипертензии (по данным систолического давления в легочной артерии), теста с шестиминутной ходьбой (ТШХ) для определения функционального класса (ФК), длительности симптомов ХТЭЛГ, а также ряда социальных показателей — образования, семейного положения, вида трудовой деятельности (так как КЖ представляет собой совокупную оценку физического, психического и социального аспекта жизнедеятельности). Расчет данных проводился при помощи программы Statistica 7.0

Результаты. Показатели КЖ у женщин по всем шкалам теста SF-36 были ниже, чем у мужчин, однако достоверность различий выявлена только по шкале физического функцио-

нирования ($p=0,033$), отражающей степень ограничения выполнения физических нагрузок. Статистически значимых различий в показателях КЖ в зависимости от возраста пациентов не выявлено. Нами также не обнаружено различий по уровню показателей КЖ в зависимости от семейного положения и уровня образования. Анализ составляющих КЖ в зависимости от клинических данных (степени легочной гипертензии, ФК, ТШХ) показал, что чем выше ФК и меньше дистанция в ТШХ, тем меньше уровень физического и психического функционирования, уровень же систолического давления в легочной артерии коррелирует только с показателем физического функционирования. Длительность заболевания также влияет на значение показателей КЖ. Так, например, пациенты в течение первого года лечения оценили свое общее состояние здоровья гораздо выше, чем пациенты с более продолжительными сроками лечения ($p=0,026$).

Заключение. Опросник качества жизни SF-36 является актуальным, простым, доступным инструментом для оценки основных составляющих физического и психического здоровья у пациентов с ХТЭЛГ в реальной клинической практике. Использование опросника в динамике на фоне проводимого лечения (консервативная терапия, оперативное лечение) с учетом клинико-инструментальных показателей и социальных данных может являться одним из критериев эффективности проводимой терапии.

136 НОВЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ АРИТМИЧЕСКОГО РИСКА ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТИ ПРИ СИНДРОМЕ НОЧНОЙ ГИПЕРСИМПАТИКОНИИ

Шерашов В. С., Шерашова М. В., Шерашова Н. В.

ФГБУ «ГНИЦ профилактической медицины» Минздрава России, Москва, Россия

Желудочковые нарушения сердечного ритма традиционно считаются главным триггером развития остановки сердечной деятельности, внезапной смерти. Суправентрикулярный механизм индукции желудочковых аритмий известен уже несколько десятилетий и реализуется за счет повышенной атриовентрикулярной (АВ) проводимости при синдроме WPW у пациентов с фибрилляцией предсердий. Однако к настоящему времени не изучен суправентрикулярный механизм индукции желудочковых аритмий в условиях синдрома ночной гиперсимпатикотонии, сопровождающегося резким и устойчивым повышением АВ проводимости.

Цель. Изучить возможное наличие зависимости исходов сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) от наличия синдрома ночной гиперсимпатикотонии (СНГ) и состояния АВ проводимости в двух сопоставимых группах пациентов по итогам 5-ти летнего наблюдения.

Материал и методы. Нарушения сердечного ритма и проводимости были изучены в двух сопоставимых группах из числа участников проспективного когортного исследования ликвидаторов последствий аварии на Чернобыльской АЭС (ликвидаторов) с полным СНГ (Гр. 1) и в группе пациентов без признаков этого синдрома (Гр. 2) с последующей оценкой жизненного статуса в последующие 5 лет. Исходно была выполнена чреспищеводная диагностическая кардиостимуляция с поиском зон тахикардии (S1S1=600 мс; S2S3S4S5, UHS-20, ЭКСР-Д, ПЭДСР-2) и оценкой точки Венкебаха (т.В) в утреннее время. Далее все пациенты проходили суточное мониторирование ЭКГ (СМЭКГ) 1 раз в год в течение последующих 5 лет. Для установления устойчивости СНГ число выполненных СМЭКГ составило от 3 до 5-ти раз у каждого пациента. Исключались пациенты с функциональным классом III и выше для исключения компенсаторной гиперсимпатикотонии.

Результаты. Исходное сравнение не выявило наличия экзон тахикардии ни в одном случае. Т. Венкебаха в Гр. 1 = $211,67 \pm 10$ имп/мин в Гр. 2 = $160,78 \pm 13,7$ имп/мин, $p < 0,001$.

Дневная частота желудочковых сокращений (ЧЖС) во время коротких пароксизмов фибрилляции предсердий

(ФП) в Гр. 1 составила $168,67 \pm 37,83$ (M \pm SD) уд/мин и превышала таковую в Гр. 2 — $149,07 \pm 27,01$ уд/мин, $p < 0,03$. Существенно более выраженными были различия показателей в ночной период времени: ЧЖС при коротких пароксизмах ФП в Гр. 1 составила $209,42 \pm 58,16$ (M \pm SD) уд/мин и превышала таковую в Гр. 2 — $102,70,07 \pm 37,55$ уд/мин, $p < 0,000008$.

В Гр. 1 в период дальнейшего наблюдения умерло 3 пациента (острая сердечная недостаточность). В Гр. 2 летальных случаев не зарегистрировано. Исходная т.В у 3-х умерших составила 220-230 имп/мин.

Заключение. Синдром ночной гиперсимпатикотонии может являться причиной реализации суправентрикулярного механизма развития фатальных желудочковых аритмий.

137 ПОКАЗАТЕЛИ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У ПАЦИЕНТОВ В РАННЕМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ АОРТО-КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ КАК ПРЕДИКТОРЫ НАРУШЕНИЯ ВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ ФУНКЦИИ ПОЧЕК И РАЗВИТИЯ ПЛЕВРАЛЬНОГО ВЫПОТА

Щербак С. Г., Сарана А. М., Лебедева С. В., Уразов С. П., Вересова Н. С.

Санкт-Петербургский государственный университет Санкт-Петербург, Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская больница № 40 Курортного района», Санкт-Петербург, Россия

Цель. Изучить показатели периферической гемодинамики по данным сфигмоманометрии и оценить частоту развития осложнений в раннем послеоперационном периоде после аорто-коронарного шунтирования.

Материал и методы. Жесткость сосудистой стенки является сильным независимым предиктором сердечно-сосудистых событий. Показатели периферической гемодинамики являются ранними маркерами субклинического атеросклероза сосудов. С помощью сфигмоманометра Vasera-1500 мы получили показатели плече-лодыжечного индекса (ABI) и сердечно-лодыжечного сосудистого индекса (CAVI) в послеоперационном периоде, которые являются маркерами жесткости и закупорки периферических артерий. Также были получены данные по статистике развития различных осложнений в раннем послеоперационном периоде после аорто-коронарного шунтирования.

В общей сложности в исследование был включен 81 пациент мужского (45 человек) и женского (36 человек) пола (средний возраст 69 лет). В послеоперационном периоде на 10-й день была проведена оценка выделительной функции почек, ультразвуковое исследование плевральных полостей, выполнены лабораторные анализы креатинина, определена скорость клубочковой фильтрации (MDRD).

Результаты. Снижение плече-лодыжечного индекса менее 0,9 отмечалось у 49 испытуемых, из них 28 мужчин. Выявлено, что больные с низким ABI были достоверно старше ($71,2 \pm 2,3$ по сравнению с $60,7 \pm 3,1$ годами в группе нормального ABI; $p = 0,003$). У них был ниже уровень СКФ ($38,2 \pm 4,4$ против $52,1 \pm 5,2$, соответственно; $p = 0,01$). Обнаружена достоверная корреляция снижения ABI с наличием выпота в плевральных полостях (ABI $0,87 \pm 0,12$ в группе с наличием выпота высотой более 5,0 см по сравнению с $0,96 \pm 0,16$ в группе с наличием выпота высотой менее 3,0 см; $p < 0,05$).

Высокий уровень CAVI более 9 ед. обнаружен в 78% случаев. В группе повышенного CAVI отмечен более низкий уровень толерантности к физической нагрузке по результатам теста с 6-минутной ходьбой.

Заключение. Наши результаты продемонстрировали предиктивную роль маркеров жесткости сосудистой стенки. Возможно использование плече-лодыжечного индекса в прогнозировании развития почечной недостаточности и синдрома плеврального выпота в послеоперационном периоде после АКШ. Кроме того, выявлена связь сердечно-лодыжечного сосудистого индекса (CAVI) с развитием сердечной недостаточности. Комплексный подход диагностики сердечно-сосу-

дистой системы с использованием сфигмоманометрии позволяет провести дополнительную стратификацию риска ССЗ.

138 АССОЦИИИ МИТРАЛЬНОЙ РЕГУРГИТАЦИИ У ЖЕНЩИН С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА БЕЗ ИНФАРКТА МИОКАРДА

Ярославская Е. И.¹, Кузнецов В. А.¹, Криночкин Д. В.¹, Пушкарев Г. С.¹, Горбатенко Е. А.¹, Калининко А. П.²

¹Тюменский кардиологический научный центр, Тюменский научно-исследовательский медицинский центр РАН, Тюмень; ²ГБУЗ Тюменской области "Областная клиническая больница №1", Тюмень, Россия

Цель. Установить взаимосвязи гемодинамически значимой митральной регургитации (МР) с клиническими параметрами женщин с ишемической болезнью сердца (ИБС) без инфаркта миокарда.

Материал и методы. Из "Регистра проведенных операций коронарной ангиографии" ©, были отобраны женщины с гемодинамически значимыми коронарными стенозами ($\geq 75\%$ просвета как минимум одной артерии) без инфаркта миокарда или анамнестического инфаркта миокарда: 20 пациенток с МР без значимого органического поражения створок митрального клапана ≥ 2 степени (с эффективной площадью регургитационного отверстия $\geq 0,2$ см² и регургитирующим объемом ≥ 30 мл) и 183 пациентки без МР.

Результаты. Женщины с МР были старше ($61,2 \pm 8,9$ против $55,7 \pm 7,3$ года, $p=0,008$), чаще демонстрировали более высокие (III) функциональные классы (ФК) хронической сердечной недостаточности (ХСН) по классификации Нью-Йоркской Ассоциации Сердца (NYHA) (30,0 против 17,1%, $p=0,033$) и нарушения сердечного ритма (42,1 против 12,3%, $p=0,001$) при достоверно не различающейся частоте тяжелых (III-IV) ФК стенокардии напряжения (68,8 и 68,9%). При эхокардиографии у женщин с МР были выявлены большие индексы линейных размеров левых отделов сердца — левого предсердия ($23,5 \pm 3,0$ против $20,9 \pm 3,0$ мм/м², $p<0,001$) и левого желудочка ($27,1 \pm 2,8$ против $25,1 \pm 2,5$, $p=0,006$), меньшая фракция выброса ЛЖ ($56,0 \pm 4,6$ против $60,2 \pm 4,6\%$, $p=0,001$). Выявлено менее частое поражение передней межжелудочковой ветви в группе с МР (59,0 против 85,0%, $p=0,024$). По результатам мультивариантного анализа независимую связь с МР продемонстрировали нарушения сердечного ритма (ОШ=4,05; 95%ДИ 1,15-14,35; $p=0,030$), увеличение индекса размера левого предсердия (ОШ=1,49; 95%ДИ 1,15-1,93; $p=0,003$) и более низкая фракция выброса ЛЖ (ОШ=0,86; 95%ДИ 0,76-0,96; $p=0,008$).

Заключение. МР у женщин с ИБС без инфаркта миокарда не связана с локализацией коронарных поражений, но ассоциирована с нарушениями сердечного ритма, увеличением индекса размера левого предсердия и снижением фракции выброса ЛЖ.

III. РЕАБИЛИТАЦИЯ

140 ВЛИЯНИЕ ТРИМЕТАЗИДИНА НА ФИЗИЧЕСКУЮ И УМСТВЕННУЮ РАБОТОСПОСОБНОСТЬ ПАЦИЕНТОВ, ПРОХОДЯЩИХ II ЭТАП КАРДИОРЕАБИЛИТАЦИИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ

Александров П. В.¹, Перепеч Н. Б.²

¹Центр сердечной медицины "Черная речка", Санкт-Петербург, ²НКиОЦ "Кардиология" СПбГУ, Санкт-Петербург, Россия

Цель. Оценить эффект триметазидина (ТМЗ) на физическую и умственную работоспособность пациентов, проходя-

139 ВОЗМОЖНОСТЬ НЕИШЕМИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА МИТРАЛЬНОЙ РЕГУРГИТАЦИИ У МУЖЧИН С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА БЕЗ ИНФАРКТА МИОКАРДА

Ярославская Е. И.¹, Кузнецов В. А.¹, Криночкин Д. В.¹, Пушкарев Г. С.¹, Горбатенко Е. А.¹, Калининко А. П.²

¹Тюменский кардиологический научный центр, Тюменский научно-исследовательский медицинский центр РАН, Тюмень; ²ГБУЗ Тюменской области "Областная клиническая больница №1", Тюмень, Россия

Цель. Установить взаимосвязи гемодинамически значимой митральной регургитации (МР) с клиническими параметрами мужчин с ишемической болезнью сердца (ИБС) без инфаркта миокарда.

Материал и методы. Из "Регистра проведенных операций коронарной ангиографии" ©, были отобраны мужчины с гемодинамически значимыми коронарными стенозами ($\geq 75\%$ просвета как минимум одной артерии) без инфаркта миокарда или анамнестического инфаркта миокарда: 66 пациентов с МР без значимого органического поражения створок митрального клапана ≥ 2 степени (с эффективной площадью регургитационного отверстия $\geq 0,2$ см² и регургитирующим объемом ≥ 30 мл) и 1001 пациент без МР.

Результаты. Пациенты с МР были старше ($59,0 \pm 7,3$ против $52,8 \pm 7,4$ года), чаще демонстрировали более высокие (III-IV) функциональные классы (ФК) хронической сердечной недостаточности (ХСН) по классификации Нью-Йоркской Ассоциации Сердца (NYHA) (27,4 против 10,9%) и нарушения сердечного ритма (61,0 против 14,8%, все $p<0,001$) при более редких тяжелых (III-IV) ФК стенокардии напряжения (46,7 против 63,2%, $p=0,019$). При эхокардиографии у мужчин с МР были выявлены более высокие индексы линейных размеров полостей сердца, в том числе левого предсердия ($23,2 \pm 2,9$ против $19,9 \pm 2,2$ мм/м²) и меньшая фракция выброса ЛЖ ($51,0 \pm 10,7$ против $61,0 \pm 4,9\%$, оба $p<0,001$). Достоверных межгрупповых различий по ангиографическим параметрам выявлено не было. По результатам мультивариантного анализа независимую связь с МР продемонстрировали нарушения сердечного ритма (ОШ=7,92; 95%ДИ 3,21-19,57; $p<0,001$), индекс размера левого предсердия (ОШ=1,25; 95%ДИ 1,09-1,43; $p=0,002$), фракция выброса ЛЖ (ОШ=0,49; 95%ДИ 0,75-0,89; $p<0,001$), ФК стенокардии напряжения (ОШ=0,49; 95%ДИ 0,24-0,98; $p=0,044$) и возраст (ОШ=1,09; 95%ДИ 1,03-1,16; $p=0,005$).

Заключение. Таким образом, МР у мужчин с ИБС без инфаркта миокарда ассоциируется не с локализацией коронарного поражения, а с нарушениями сердечного ритма, увеличением размера ЛП, снижением фракции выброса ЛЖ, утяжелением ФК ХСН и более старшим возрастом. Отрицательная связь МР с тяжестью стенокардии напряжения и отсутствие её связей с ангиографическими показателями свидетельствует о возможном вкладе неишемического фактора в развитие МР.

щих II этап кардиореабилитации (КР) после операции аортокоронарного шунтирования (АКШ).

Материал и методы. В исследование было включено 125 пациентов (115 мужчин и 10 женщин, средний возраст $59,86 \pm 8,16$ лет), поступивших на КР после АКШ. Пациенты были разделены на 2 группы: основную группу (ТМЗ 35 мг два раза в день, $n=30$) и контрольную группу (без ТМЗ, $n=95$). Все пациенты получали базовую терапию и стандартную 21-дневную программу КР. Физическую работоспособность (ФР) оценивали с помощью теста шестиминутной ходьбы (ТШХ) в соответствии с рекомендациями Американского торакального общества 2002 г. Для каждого пациента были рассчитаны референсные нормальные значения дистанции ТШХ. Для оценки умственной работоспособности (УР) использовалась методика экспресс-

диагностики умственной работоспособности и функционально-го состояния человека М. П. Мороз, основанная на статистическом анализе латентных периодов простой зрительно-моторной реакции. Обследование проводилось в 1-е и 21-сутки пребывания в реабилитационном центре.

Результаты. Исходные характеристики двух групп не отличались. Большинство пациентов имело сниженные результаты ТШХ и теста экспресс-диагностики умственной работоспособности при поступлении. Дистанция ТШХ увеличилась как в основной, так и в контрольной группе: с $382,1 \pm 87,6$ м до $489,9 \pm 62,6$ м ($p < 0,05$) и с $394,9 \pm 93,2$ м до $471,7 \pm 73,0$ м ($p < 0,05$), соответственно. Прирост дистанции ТШХ в основной группе был больше, чем в контрольной группе: $107,8 \pm 70,1$ м vs $76,8 \pm 56,9$ м ($p < 0,05$). Результаты теста экспресс-диагностики умственной работоспособности после курса КР были выше в основной группе по сравнению с контрольной группой: $1,61 \pm 0,79$ усл.ед. vs $1,31 \pm 0,68$ усл.ед. ($p < 0,05$). Большинство пациентов имели нормальные результаты ТШХ и теста экспресс-диагностики умственной работоспособности при выписке.

Заключение. Применение триметазида улучшает как физическую, так и умственную работоспособность пациентов, проходящих II этап кардиореабилитации после операции АКШ.

141 ВЛИЯНИЕ КУРСА ИНТЕРВАЛЬНЫХ ГИПОКСИЧЕСКИХ-ГИПЕРОКСИЧЕСКИХ ТРЕНИРОВОК НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Глазачев О. С., Сыркин А. Л., Копылов Ф. Ю., Дудник Е. Н., Загайная Е. Э.

ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И. М. Сеченова, Москва, Россия

Цель. Оценить динамику субъективно оцениваемых параметров качества жизни (КЖ) у пожилых больных со стабильной ИБС, получающих оптимальную медикаментозную терапию, после курса гипоксических-гипероксических тренировок (ИГГТ).

Материал и методы. В исследовании включено 46 пациентов со стенокардией напряжения II-III ФК (18 муж., 28 жен., ср. возраст $63,6 \pm 12,5$): группа ИГГТ ($n=27$, 15 процедур по 50 мин.) и группа плацебо ($n=19$, 13-15 имитирующих ИГГТ процедур). До, после и через месяц все пациенты прошли тестирование с применением опросников КЖ SF-36 и болезнь-специфического Сизловского теста по стенокардии (SAQ). Для проведения курса из 15 гипоксических тренировок использовали аппарат Reoxy Cardio ("AI Mediq S.A.", Люксембург).

Результаты. В динамике курса ИГГТ и в отставленном периоде отмечено значимое улучшение показателей самооценок КЖ и основных проявлений болезни. Так, в динамике обследования отмечен достоверный прирост значений по основным шкалам SAQ: по шкале "ограничение физических нагрузок" прирост с $43,3 \pm 17,7\%$ до $51,6 \pm 13,1\%$ ($p=0,0006$) с сохранением эффектов через месяц $53,7 \pm 17,8$ ($p=0,0008$), по шкале "стабильность приступов" динамика с $56,5 \pm 27,4\%$ до $78,3 \pm 23,3\%$ ($p=0,001$) и $79,6 \pm 22,7$ ($p=0,0003$), соответственно, по шкале "частота приступов" увеличение значений с $59,6 \pm 27,6\%$ до $81,1 \pm 17,9\%$ ($p=0,00004$) и $80,9 \pm 18,2\%$ ($p=0,0006$), по шкале "удовлетворенность лечением" с $60,7 \pm 16,2\%$ до $77,4 \pm 16,7\%$ ($p=0,0008$) и $80,5 \pm 17,7\%$ ($p=0,0001$). В плацебо-группе значимой динамики не отмечено ни по одной шкале теста.

Существенное улучшение самооценки КЖ в группе ИГГТ выявлено и в динамике SF-36. Так, по шкале "физическое функционирование" отмечен прирост значений с $49,5 \pm 4,6$ до $60,5 \pm 4,6$ ($p=0,03$) и через месяц — до $58,8 \pm 4,6$ ($p=0,007$), по шкале "ролевая деятельность" с $22,6 \pm 8,3$ до $48,8 \pm 9,4$ ($p=0,02$) и далее — до $57,1 \pm 7,7$ ($p=0,06$), по шкале "жизнеспособность"

с $51,7 \pm 3,8$ до $58,3 \pm 3,0$ ($p=0,03$) и в отставленном периоде до $60,9 \pm 3,0$ ($p=0,003$). По шкале "психическое здоровье" достоверный прирост отмечен через месяц после тренировок с $59,2 \pm 4,1$ до $67,2 \pm 3,0$ ($p=0,02$). В группе контроля достоверных результатов по оценочным шкалам опросника SF-36 не получено.

Не выявлено существенных побочных эффектов и провоцирования ангинозных приступов при проведении процедур ИГГТ.

Заключение. Проведение курса интервальных гипоксически-гипероксических тренировок у пожилых больных ИБС, получающих медикаментозную терапию, приводит к улучшению субъективного восприятия пациентами качества жизни прежде всего по характеристикам физического функционирования, а также психологического состояния и удовлетворенности лечением. Выявленные эффекты сохранялись через месяц после проведения курса ИГГТ. Требуется проведение дополнительных, более масштабных исследований сохранения позитивных эффектов ИГГТ в динамике наблюдения пациентов.

Работа поддержана грантом РГНФ № 17-06-00784 "Качество жизни пожилых больных с сердечно-сосудистой патологией: влияние процедур адаптации к интервальной гипоксии-гипероксии".

142 ВЛИЯНИЕ КОМПЛЕКСА ФИЗИЧЕСКИХ ТРЕНИРОВОК НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И ТОЛЕРАНТНОСТЬ К ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Камилова У. К., Расулова З. Д., Тагаева Д. Р., Машарипова Д. Р., Джураева В. Х.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации, Ташкент, Узбекистан

Цель. Изучить влияние комплекса физических тренировок (КФТ) на показатели качества жизни (КЖ) и толерантность к физической нагрузке больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН).

Материал и методы. Обследовано 78 больных с I-III функциональным классом (ФК) ХСН (по результатам теста 6-минутной ходьбы (ТШХ) и шкалы оценки клинического состояния больных (ШОКС)) со скоростью клубочковой фильтрации (СКФ) < 60 мл/мин/1,73 м² исходно и через 6 месяцев лечения. Средний возраст больных $65,3 \pm 3,5$ лет. КЖ оценивали по Миннесотскому опроснику (суммарный индекс (СИ) КЖ) и по опроснику "Индекс качества жизни" (Quality of life Index, QI). Больные были разделены на 2 группы: 1 группа — 35 больных с I ФК (8), II ФК (10), III ФК (17) ХСН, которым проводился КФР в сочетании с медикаментозной терапией (МТ), включающую лозартан, бета-блокаторы, спиронолактон, при необходимости петлевые диуретики, и 2 группа — 33 больных ХСН I ФК (9), II ФК (11), III ФК (13), получавших только МТ. КФТ включал в себя: утреннюю гимнастику, тренировку аэробной направленности в виде 30 минутной дозированной ходьбы с достижением аэробного порога (60-70% максимальной ЧСС).

Результаты. У больных 1 и 2 группы с I ФК ХСН исходные показатели ТШХ составили $434,4 \pm 21,5$ и $438,4 \pm 25,5$, со II ФК — $343,1 \pm 20,3$ и $354,7 \pm 21,3$, с III ФК — $230,3 \pm 31,6$ и $250,3 \pm 33,6$ метров. У больных 1 и 2 группы исходные показатели ШОКС со II ФК ХСН на 18% и 17% ($p < 0,05$), с III ФК ХСН — на 30% и 32% ($p < 0,001$); СИ КЖ с II ФК ХСН — на 16% и 16,8% ($p < 0,05$), у больных с III ФК — на 41% и 39,7%; QI у больных со II ФК — на 13% и 12% ($p < 0,05$), с III ФК — на 49% и 48% ($p < 0,001$), соответственно, были достоверно выше, чем у больных с I ФК ХСН.

На фоне 6-месячного лечения в 1 группе больных СИ КЖ, QI и сумма баллов ШОКС уменьшились от исходных значений: с I ФК — на 30,5%, 25% и 41% ($p < 0,01$), у больных со II ФК — на 25%, 14,5% и 31% ($p < 0,01$), у больных с III ФК —

на 23%, 30% и 25,6% ($p < 0,01$); у больных 2 группы с I ФК ХСН — на 23%, 25% и 30% ($p < 0,05$), со II ФК ХСН — на 18,0%, 11,3% и 20,3% ($p < 0,05$), с III ФК ХСН — на 10%, 12% и 16% ($p < 0,05$), соответственно. Вместе с тем дистанция ТШХ увеличилась у больных с I, II и III ФК первой группы — на 25,1%, 29% и 19% ($p < 0,001$), у больных 2 группы — на 17,0%, 16,9% и 15,5% ($p < 0,001$), соответственно.

Заключение. Включение КФТ в комплексное лечение больных ХСН повышает эффективность МТ, улучшает клиническое состояние, толерантность к физическим нагрузкам и КЖ больных и можно рекомендовать для оптимизации реабилитационных программ больных с сердечной недостаточностью.

143 ПРИМЕНЕНИЕ НАГРУЗОЧНЫХ ФИЗИЧЕСКИХ ТРЕНИРОВОК У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Камилова У. К., Тагаева Д. Р., Расулова З. Д.

РСНПМЦ терапии и медицинской реабилитации, Ташкент, Узбекистан

Цель. Изучить влияние комплекса нагрузочных физических тренировок на показатели толерантности к физической нагрузке и клиническое состояние больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН).

Материал и методы. Обследовано 90 больных с ишемической болезнью сердца (ИБС) осложненной ХСН I-III ФК. Средний возраст больных $61,3 \pm 1,5$ лет. Оценка клинического состояния больных проводилась с применением шкалы оценки клинического состояния (ШОКС), модифицированная Мареевым В. Ю. (2000). Толерантность к физической нагрузке оценивалась по тесту шестиминутной ходьбы (ТШХ). Больные были разделены на 2 группы: 1 группа — 45 больных ХСН I ФК (23), II ФК (17), III ФК (5); 2 группа — 45 больных ХСН I ФК (21), II ФК (19), III ФК (5). В течение 6 месяцев обе группы получали стандартную базисную терапию (ингибиторы АПФ, бета-блокаторы, антиагреганты, спиронолактон, диуретики). 1 группа в дополнение занималась общепринятым вариантом комплекса физических упражнений, который включал в себя утреннюю гимнастику, тренировку аэробной направленности в виде велотренировки с нарастающей нагрузочной тяжестью на аппарате “МОТОМЕТ”.

Результаты. Анализ полученных данных показал, что у больных I и II группы с II ФК ХСН было отмечено уменьшение дистанции ТШХ на 17,1% и 15,4% ($p < 0,01$) и III ФК ХСН на 48% и 47,7% ($p < 0,001$), соответственно, по сравнению с показателями ТШХ больных с I ФК ХСН. Показатели ШОКС также были достоверно выше у больных II и III ФК ХСН по сравнению с показателями больных с I ФК ($p < 0,001$). На фоне 6 месяцев лечения с включением комплекса физических тренировок у больных I группы с I ФК ХСН сумма баллов по шкале ШОКС увеличилась на 50,7% ($p < 0,001$), а у больных II группы — на 42,6% ($p < 0,001$); у больных I группы со II ФК ХСН — на 41,8% ($p < 0,001$), а у больных II группы — на 29,2% ($p < 0,001$); у больных I группы с III ФК — на 22,5% ($p < 0,001$), а у больных II группы на — 8,5% ($p < 0,005$), соответственно, по сравнению с исходными показателями. Вместе с тем дистанция ТШХ увеличилась у больных с I, II и III ФК первой группы на 13,1%, 14,5% и 16,6% ($p < 0,001$), у больных второй группы — на 16,3%, 9,4% и 13% ($p < 0,005$), соответственно. По завершению комплекса физических упражнений большинство больных отметили улучшение клинического состояния, которое проявлялось в уменьшении одышки, стабилизации артериального давления, что способствовало повышению функциональных возможностей и физической работоспособности больных независимо от ФК ХСН.

Заключение. У больных ХСН регулярное применение комплекса физических тренировок способствует улучшению общего самочувствия, увеличивает толерантность к физическим нагрузкам и улучшает клиническое состояние больных.

144 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ ПОСЛЕДСТВИЙ У БОЛЬНЫХ РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Кантемирова Р. К.^{1,2,4}, Ишутина И. С.¹, Фидарова З. Д.^{1,3}, Кароль Е. В.^{2,3}

¹ФГБУ СПб НЦЭПР им. Г.А. Альбрехта Минтруда России, Санкт-Петербург; ²ГБОУ ВПО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России, Санкт-Петербург; ³ФКУ “ГБ МСЭ по г. Санкт-Петербургу” Минтруда России, Санкт-Петербург; ⁴Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург, Россия

Цель. С учетом комплексного гериатрического осмотра и международной классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) проведена сравнительная оценка медико-социальных последствий у больных пожилого и среднего возраста с метаболическим синдромом.

Материал и методы. В исследование были включены 214 человек, из них 115 среднего возраста и 99 пожилого возраста. Пациенты были разделены на группы следующим образом. Пациенты среднего возраста: — с артериальной гипертензией ($n=36$, мужчин — 20 чел., женщин — 16 чел., средний возраст $51,2 \pm 3,4$ года); — с артериальной гипертензией и ишемической болезнью сердца ($n=41$, мужчин — 25 чел., женщин — 16 чел., средний возраст $52,9 \pm 3,6$ года); — с артериальной гипертензией, ишемической болезнью сердца и сахарным диабетом 2 типа ($n=38$, мужчин — 21 чел., женщин — 17 чел., средний возраст $52,0 \pm 2,4$ года).

Пациенты пожилого возраста: — с артериальной гипертензией ($n=32$, мужчин — 15 чел., женщин — 17 чел., средний возраст $67,2 \pm 3,8$ года); — с артериальной гипертензией и ишемической болезнью сердца ($n=32$, мужчин — 18 чел., женщин — 14 чел., средний возраст $66,9 \pm 2,0$ года); — с артериальной гипертензией, ишемической болезнью сердца и сахарным диабетом второго типа ($n=35$, мужчин — 16 чел., женщин — 19 чел., средний возраст $69,1 \pm 3,9$ года). Проводили комплексный гериатрический осмотр, изучали общеклинические показатели, степень независимости по шкале Бартела (оценка уровня бытовой активности) и МКФ. Оценивался статус пациентов до и через год после прохождения индивидуально-ориентированной лечебно-реабилитационной программы — метаболическая кардиопротекция, вазопротекция, церебропротекция, коррекция нутритивного статуса и модификация режима физической активности.

Результаты. В ходе обследования, проведения реабилитационных мероприятий, у пациентов, получавших индивидуально-ориентированную лечебно-реабилитационную программу, включая коррекцию нутритивного статуса и модификацию режима физической активности отмечено улучшение активности и участия при кодировании на основе полной версии МКФ.

Заключение. Медико-социальный статус пациентов пожилого возраста с метаболическим синдромом следует оценивать с использованием МКФ, ограничений жизнедеятельности и здоровья, шкалы независимости в повседневной жизни Бартела, опросника качества жизни SF-36 и специализированных опросников и шкал для оценки таких гериатрических синдромов как гипомобильность, депрессия, когнитивный дефицит, мальнутриция.

145 ИНТЕРВАЛЬНЫЕ ФИЗИЧЕСКИЕ ТРЕНИРОВОК В ВОДЕ У БОЛЬНЫХ ИБС С СОПУТСТВУЮЩЕЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Князева Т. А., Отто М. П., Никуфорова Т. И., Анханова Т. В., Стяжкина Е. М.

ФГБУ РНЦ медицинской реабилитации и курортологии Минздрава России, Москва, Россия

Повышение физической активности пациентов в настоящее время признается одним из важнейших мероприятий

по реабилитации и вторичной профилактике ишемической болезни сердца (ИБС) и артериальной гипертензии (АГ).

Цель. Научная разработка методики интервальных физических тренировок в бассейне у больных ИБС с сопутствующей АГ.

Материал и методы. В исследование вошло 70 больных ИБС, стенокардией напряжения II-III ФК, в том числе перенесших инфаркт миокарда, стентирование и АКШ не более года назад, с сопутствующей АГ II-III стадии, 1-2 степени, риском развития сердечно-сосудистых осложнений 3-4. Возраст 48-69 лет, длительность заболевания от 2 до 10 лет. Обследование больных включало электрокардиографию (ЭКГ), холтеровское мониторирование ЭКГ, велоэргометрию, суточное мониторирование артериального давления (АД), психологическое обследование (тесты САН и Спилбергера). I группа (40 человек) получала интервальные тренировки (ИТ) в бассейне, при которых нагрузочные упражнения чередовались с паузами активного отдыха. II группа (30 человек) получали стандартную лечебную гимнастику (ЛГ) в зале.

Результаты. САД снизилось в покое на 13%, ДАД — на 15%, ($p < 0,01$), при выполнении стандартной нагрузки — на 10% и 8%, ($p < 0,01$), соответственно. ОПСС снизилось в покое с $3425 \pm 127,1$ до $2674 \pm 114,4$ дин.см. $^{-5}$ с $^{-1}$, ($p < 0,01$), на стандартную нагрузку — с $1972 \pm 119,5$ до $1600 \pm 121,3$ дин.см. $^{-5}$ с $^{-1}$, ($p < 0,05$). Отмечена экономизация сердечной деятельности: ЧСС уменьшилась на стандартную нагрузку с $105,4 \pm 2,5$ до $98,5 \pm 2,1$ уд/мин, ($p < 0,05$), ДП в покое — с $126,7 \pm 3,7$ до $102,4 \pm 5,1$ у.ед., ($p < 0,01$), на стандартную нагрузку — с $191,1 \pm 6,5$ до $162,9 \pm 4,9$ у.ед., ($p < 0,01$). Повысился миокардиальный резерв: СИ увеличился на пороговую нагрузку с $3,77 \pm 0,21$ до $4,4 \pm 0,23$ л/мин/м 2 , ($p < 0,01$). Увеличился коронарный резерв: мощность пороговой нагрузки повысилась с $372,4 \pm 18,5$ до $439,5 \pm 20,2$ кгм/мин, ($p < 0,01$). В контрольной группе выявлена только тенденция к улучшению этих показателей.

Заключение. ИТ в воде у больных ИБС с сопутствующей АГ повышают физическую активность, экономизируют сердечную деятельность, обеспечивают гемодинамическую разгрузку сердца, снижают постнагрузку, стимулируют резервные возможности организма, нормализуют психологический статус и повышают качество жизни, снижают риск ССО. ИТ с высокой интенсивностью нагрузочных фаз обеспечивают хороший мышечный стимул и одновременно низкий уровень гемодинамической и дыхательной нагрузки благодаря наличию пауз. ИТ в бассейне являются безопасным и эффективным методом реабилитации и вторичной профилактики у больных ИБС, стенокардией напряжения II ФК с сопутствующей гипертонической болезнью II стадии, 1-2 степени, риском 3-4. Больным ИБС, стенокардией напряжения III ФК с сопутствующей АГ III стадии, 3 степени рекомендована ЛГ в зале, так как ИТ в бассейне для этой категории пациентов являются нагрузочными.

146 ВЛИЯНИЕ РЕАБИЛИТАЦИИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ ПО ДАННЫМ ТОТАЛЬНОГО РЕГИСТРА ОКС ПО КРАСНОДАРСКОМУ КРАЮ

Кручинова С. В., Космачева Е. Д., Рафф С. А., Порханов В. А.
ГБУЗ «Научно-исследовательский институт — Краевая клиническая больница №1 им. проф. С. В. Очаповского» Министерства Здравоохранения Краснодарского края, Краснодар, Россия

Цель. На основании данных, полученных в ходе ведения тотального регистра Краснодарского края оценить влияние реабилитации на качество жизни.

Материал и методы. Основаны на итогах 6 месячного наблюдения за пациентами, перенесшими острый инфаркт миокарда с последующей ангиопластикой коронарных арте-

рий, включенных в регистр.

С 20.11.15 по 20.05.16 в регистр включены 4837 пациентов с ОКС. У 3420 пациентов подтвержден диагноз острый инфаркт миокарда, 2190 больным (64,1%) выполнена реваскуляризация миокарда, методом чрескожной ангиопластики. Выделенная когорта пациентов, в зависимости от пройденных ступеней реабилитации, была разделена на три группы: пациенты, получившие только стационарный этап кардиореабилитации — 24,3%; пациенты, прошедшие наряду с первым этапом реабилитации и ранний активный реабилитационный этап в санаториях кардиологического профиля, с последующим переходом на поликлинический этап — 35,2%; пациенты, выписанные после стационарного этапа кардиореабилитации на поликлинический этап — 40,5%. Для оценки уровня переносимой нагрузки использовалась 20 — бальная шкала Борга (пороговое значение 11-13 баллов). Для оценки психологического статуса пациентов использовался опросник Бека. Также оценивались приверженность к терапии и статус курения.

Результаты. Во второй группе достоверно больше пациентов достигли порогового уровня переносимой нагрузки, чем в первой ($P < 0,001$) и в третьей ($P = 0,048$) группах; и третьей группе достоверно больше, чем в первой ($P = 0,02$). Во второй группе достоверно меньше пациентов имели депрессивные расстройства, чем в первой ($P < 0,0028$) и в третьей ($P = 0,034$) группах; достоверного различия между третьей и первой группой по данному критерию не выявлено. ($P = 0,01$). Расстройство депрессивного спектра во второй группе встречались реже, чем в первой ($P < 0,0028$) и в третьей ($P = 0,034$) группах; достоверного различия между третьей и первой группой по данному критерию не выявлено ($P = 0,01$). Приверженность к терапии среди пациентов второй группы была достоверно выше, чем в первой ($P < 0,001$) и в третьей ($P = 0,0032$) группах; достоверного различия между третьей и первой группой по данному критерию не выявлено ($P = 0,2$). Во второй группе достоверно больше пациентов отказались от курения ($P < 0,003$) по сравнению с первой группой ($P < 0,023$); так же пациенты, включенные во вторую группу, достоверно уменьшили количество сигарет, выкуриваемых в день ($P < 0,001$) по сравнению с пациентами из первой группы; достоверного различия с третьей группой по данному критерию не выявлено ($P < 0,03$).

Заключение. Комплексная кардиореабилитация повышает толерантность к физической нагрузке, позитивно воздействует на статус курения и психологическое состояние пациента, что приводит к улучшению качества жизни.

147 ПОЗДНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА И ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КАРДИОРЕАБИЛИТАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Недбайкин А. М., Женчевская Ю. В., Курилкина Е. И., Демихова О. П., Нидбайкин В. А.

ГАУЗ «Брянский областной кардиологический диспансер», Брянск, Россия

Цель. Изучение характера поздних послеоперационных осложнений реваскуляризации миокарда и эффективности проведенных реабилитационных мероприятий у пациентов трудоспособного возраста и больных старше 60-ти лет.

Материал и методы. Методом случайной выборки из 117 историй болезни пациентов после АКШ и/или МКШ, прошедших лечение в 2016г в отделении кардиореабилитации №1 ГАУЗ БОКД, ретроспективно проанализированы 50 историй болезни. Пациенты были разделены на 2 группы: до 60-ти лет (средний возраст 51 год, I группа) и старше 60 лет (средний возраст 65,46 лет, II группа).

Результаты. Пациенты поступили на реабилитацию в среднем на 28 день от проведенного оперативного лечения. Группа более молодого возраста была госпитализирована в более ранние сроки (22 vs 33 дня от АКШ), что связано с диспансеризацией данной категории лиц непосредственно в Брянский областной кардиологический диспан-

сер. ИБС, постинфарктный кардиосклероз в анамнезе отмечался у 66% лиц I группы, и 61% у пациентов старше 60 лет. Среднее количество шунтов составило 2,9 в обеих группах (от 2 до 5 шунтов), реваскуляризация единственной ПМЖВ чаще проведена во II группе (14,2 и 15,3%, соответственно). Явления посткардиотомного синдрома были выявлены в 55% случаев в обеих группах. Преобладал левосторонний гидроторакс с незначительным количеством выпота по данным выписок. Наличие гидроперикарда по данным Эхо-КГ выявлено у 9,5% лиц I группы и у 38% пациентов старше 60 лет, одному из которых было выполнено дренирование перикарда в раннем периоде. По результатам контрольного Эхо-КГ в отделении КР №1 жидкость в левой плевральной полости выявлена у 23% пациентов моложе 60 лет, и у 13% лиц II группы, что, вероятно, связано с более ранним сроком от проведения АКШ у трудоспособных пациентов. У 2 пациентов моложе 60 лет выявлено умеренное количество жидкости в перикарде по данным контрольного Эхо-КГ (до 150 мл). Фракция выброса ЛЖ в раннем периоде составляла 52,64% у лиц трудоспособного возраста и 60,2% у пациентов II группы.

После проведенной реабилитации фракция выброса ЛЖ увеличилась в среднем на 3,7% в обеих группах. Пациенты получали стандартную терапию, включающую диуретик в обеих группах в 82% случаев, тогда как назначение НПВС, антибактериальных препаратов и гормонов чаще требовалось у лиц I группы. Тест с 6-ти минутной ходьбой у пациентов трудоспособного возраста в среднем составил 338 м, у лиц II группы 315,3 м, при выписке из отделения этот показатель увеличился на 8,4 и 7,6%, соответственно.

Заключение. Проведенные реабилитационные мероприятия можно признать необходимыми как у лиц трудоспособного возраста, так и у пациентов старше 60 лет. Обе группы пациентов по результатам лечения (средний койко-день 12,7) имели увеличение ФВ ЛЖ на 3,7% и количества пройденных метров в тесте с 6 минутной ходьбой на 8,0% от исходных показателей. Особенности терапии у пациентов I группы связаны с более ранними сроками от проведенного АКШ, а также тяжестью течения ИБС у них до проведения реваскуляризации миокарда.

148 ПОКАЗАТЕЛИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ КАРДИОРЕСПИРАТОРНОЙ СИСТЕМЫ У ЛИЦ РАЗНОГО ВОЗРАСТА, ВЫЯВЛЯЕМЫЕ В СТЕП-ТЕСТОВОМ КОМПЛЕКСЕ “СПУТНИК ЗДОРОВЬЯ”

Орлов В. А., Стрижакова О. В., Фетисов О. Б., Новикова И. Н.
ГНЦ РФ Институт медико-биологических проблем РАН, АОВО Международный университет в Москве, Москва, Россия

Цель. Обоснование для массового профилактического контроля возрастных нормативных показателей кардиореспираторной системы у лиц разного возраста, включая детей школьного возраста.

Материал и методы. Массовое обследование населения в возрасте 8-60 лет проводилось с использованием степ-тестового комплекса “Спутник здоровья” и автоматического метаболога MedGraphics-VO2000 с программным обеспечением “Breeze”. В 2014-2015 гг в “полевых условиях” было обследовано 2076 человек разного возраста и пола. Практически здоровые лица в возрасте 8-50 лет выполняли подъем на платформы разной высоты в темпе 30 за минуту с достижением ЧСС 160-170 уд/мин, а для лиц старшего возраста темп подъема равнялся 22 за минуту с ограничением ЧСС до 140-150 уд/мин. При насаживании в течение 3 мин в стандартном ритме на платформы разной высоты определялась индивидуальная мощность работы и в непрерывном режиме контролировались ЧСС, легочная вентиляция, объем потребляемого O₂, выдыхаемого CO₂, дыхательный коэффициент. На основе

этих показателей вычислялись величины метаболического эквивалента (METs), ударного и минутного объема крови, которые рассматривались в качестве индикаторов функциональных резервов сердечно-сосудистой и дыхательной систем организма.

Результаты. Практически все обследованные лица успешно справились с тестовыми нагрузками на степ-платформах высотой от 15 до 30-40 см, когда мощность работы составляла 6-12 кгм/кг/мин. Исследование показало, что по мере повышения высоты платформ и мощности нагрузки показатели ЧСС, потребления кислорода и METs повышаются почти линейно. Эти показатели выражено коррелируют с индивидуальными объемами легочной вентиляции, ударного и минутного объема кровотока, которые вычисляются программой “Навигатор здоровья” и сопоставляются с статистическими возрастными нормами. Для практически здоровых лиц 8-20 лет уровень METs 9-12 ед. обеспечивается легочной вентиляцией в 50-90 л/мин, потреблением O₂ 1,6-2,4 л/мин и минутным объемом кровотока 10-16 л/мин. Этот уровень показателей свидетельствует о достаточно высоких функциональных резервах сердечно-сосудистой системы и дыхательного аппарата. У 18% обследованных адаптационная реакция организма при подъеме на платформах 15-25 см превысила допустимые нормы по ЧСС (170 уд/мин) и АД (160 мм рт.ст.), что указывало на низкие функциональные резервы сердечно-сосудистой системы и необходимость углубленной кардиологической диагностики.

Заключение. 6-и минутная степ-тестовая нагрузка на двух платформах разной высоты позволяет с достаточной для профилактических целей точностью определять показатели, характеризующие резервные возможности сердца, сосудов и дыхательного аппарата, которые играют решающую роль в соматическом здоровье человека.

Общедоступный степ-тестовый комплекс “Спутник здоровья” и разработанная диагностическая процедура позволяют в мобильном варианте проводить массовое профилактическое обследование трудовых и учебных коллективов, выявляя лиц с критическими донозологическими показателями сердечно-сосудистой системы и аппарата дыхания для направления на углубленную кардиодиагностику и организацию своевременной целевой профилактики. Врач и медсестра за один рабочий день могут обследовать 45-50 человек с компьютерной обработкой и предоставлением данных каждому пациенту. Данная методика может явиться частью предстрахового медицинского обследования.

149 ПРИМЕНЕНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ПИТАНИЯ В КОМПЛЕКСЕ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА НА САНАТОРНО-КУРОРТНОМ ЭТАПЕ ЛЕЧЕНИЯ

Плакида А. Л., Бондарев И. И., Кухар Н. Н.
Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина

Комплексное лечение больных ишемической болезнью тела (ИБС) должно оказывать воздействие одновременно на несколько звеньев патогенеза и способствовать уменьшению развития осложнений при максимально возможном использовании шадящих технологий. Особое значение имеет коррекция массы тела как одного из наиболее модифицируемых факторов риска. Для решения данной проблемы в последние годы во всем мире широкое распространение получило применение функциональных пищевых продуктов, способствующих сохранению здоровья и профилактике распространенных заболеваний современного человека (атеросклероз, ожирение, остеопороз, сахарный диабет и др.). Основное отличие функционального питания заключается в том, что активные компоненты выпускаются не в традиционной лекарственной форме (таблетки, капсулы), а в составе пищевых продуктов — джемов, сиропов, коктейлей.

Цель. Исследовать эффективности применения функциональных продуктов у больных ИБС на этапе санаторно-курортной реабилитации. Обследовались 30 больных ИБС I-II ФК, 14 мужчин и 16 женщин в возрасте от 46 до 56 лет, давность заболевания от 5 до 10 лет.

Материал и методы. Все пациенты были разделены на 2 группы: контрольная группа (15 человек, 7 мужчин, 8 женщин) получала стандартный комплекс санаторно-курортного лечения (СКЛ): климатотерапия, диетотерапия, физиотерапия, лечебная физкультура. Основная группа пациентов (15 человек, 7 мужчин, 8 женщин) дополнительно к стандартному комплексу СКЛ получала разработанное функциональное питание, состоящее из фруктовой основы и активных ингредиентов: L-карнитин, таурин, инозитол, холин, коэнзим Q₁₀, комплекс витаминов В. Питание принималось за 15-20 минут до начала занятий лечебной гимнастикой. Продолжительность лечения составляла 21 день.

Результаты. В результате проведенных исследований получены следующие результаты. У всех участников основной группы наблюдалось достоверное снижение массы тела ($p < 0,001$), что привело к аналогичному уменьшению индекса массы тела (ИМТ). Если исходные значения ИМТ составляли $28,9 \pm 2,38$ кг/м², то по окончании курса лечения величина ИМТ снизилась до $27,6 \pm 2,33$ кг/м². При этом необходимо отметить достоверное снижение абсолютного содержания жировой компоненты состава тела ($p < 0,01$). В то же время величина показателя висцерального жира не изменялась ($p > 0,05$). Одновременно происходило снижение уровня общего холестерина с $(7,2 \pm 1,2$ до $5,8 \pm 1,3$ ммоль/л; $p < 0,001$) и триглицеридов с $(3,4 \pm 1,1$ до $2,2 \pm 1,2$ ммоль/л; $p < 0,001$).

Заключение. Полученные данные позволяют сделать вывод, что применение функционального питания в сочетании с дозированными физическими нагрузками позволяет значительно улучшить функциональное состояние больных ИБС на санаторно-курортном этапе реабилитации.

IV. ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

150 ВЛИЯНИЕ ЧИСЛЕННОСТИ КУРЯЩИХ РОДСТВЕННИКОВ НА ВОВЛЕЧЕНИЕ В КУРЕНИЕ ПОДРОСТКОВ 12-17 ЛЕТ

Гакова Е. И., Акимова Е. В., Гакова А. А., Кузнецов В. А.

Тюменский кардиологический научный центр, Томский национальный исследовательский медицинский центр РАН, Томск, Россия

Цель. Оценка эпидемиологической ситуации в отношении основных факторов риска ишемической болезни сердца в Тюменской популяции школьников для разработки основных направлений профилактического вмешательства.

Материал и методы. Проведено одномоментное эпидемиологическое исследование популяции школьников 12-17 лет одного из округов г. Тюмени, выбранных по методу случайной выборки в количестве 1596 человек (783 мальчика и 813 девочек) с откликом 87,7%. Обследование включало: анонимное анкетирование на выявление курения — подросток считался курящим, если выкуривал 1 и более сигарет в неделю; измерение артериального давления (АД) с критериями повышенного САД/ДАД: 12 лет — $>120/75$ мм рт.ст.; 13-14 лет — $>130/80$ мм рт.ст.; 15-17 лет — $>135/85$ мм рт.ст.; пассивное курение регистрировалось, если дома кто-то курит. Этические нормы соблюдены. Статистический анализ проводился с использованием программы "Statistika 6,0". Статистически значимыми считались различия при $p < 0,05$.

Результаты. Установлено увеличение числа курящих и пробовавших курить школьников с возрастом численности курящих родственников. Так, в некурящих семьях пробовало курить 35,1% школьников, активно курили 5,4% школьников. При курении в семье одного родственника пробовали курить 37,5% подростков: из них 44,5% мальчиков и 31,1% девочек, т.е. почти каждая третья девочка; активно курили 7,2% школьников — каждый десятый мальчик (9,9%) и 4,7% девочек. При курении двух родственников в семье пробовали курить уже каждый второй школьник (52,5%), девочки догоняли мальчиков (50,5% и 55,2%), активно курили — 19,0% подростков: среди мальчиков 26,9%, среди девочек — 13,2%; а если курили трое и более членов семьи — пробовало курить более 60% подростков, активно курил почти каждый шестой подросток. При наличии в семье курящих родственников школьники проявляли интерес к курению в более раннем возрасте. Средний возраст проявления интереса к курению в курящих семьях у мальчиков составил 10,8 лет, у девочек — 12,4 лет, в некурящих — 11,3 лет и 13,0 лет, соответственно. При ранговом корреляционном анализе по Спирману выявлено прямое влияние курения отца, матери, и других членов семьи на проявление активного интереса у подростка (пробовал курить) ($R = 0,23$, $t(N-2) = 2,51$, $p < 0,05$), а также отмечена связь между курением родителей, других родственников и активным регулярным курением подростка ($R = 0,14$,

$p < 0,05$, $t = 2,52$). Также отмечена прямая корреляционная связь курения, как пассивного, так и активного, с уровнем артериального давления у школьников ($p < 0,05$).

Заключение. Таким образом, в результате проведенного одномоментного эпидемиологического исследования популяции тюменских школьников 12-17 лет установлена высокая распространенность активного и пассивного курения, связь курения школьников с курением родителей, прямое влияние численности курящих родственников на вовлечение в курение подростков, связь курения с уровнем артериального давления, что необходимо учитывать при планировании целенаправленных профилактических мероприятий уже с детства.

151 ПУЛЬСОКСИМЕТРИЧЕСКИЙ СКРИНИНГ ДЛЯ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ КРИТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Садыкова Д. И., Сабирова Д. Р., Бабинцева А. А., Кустова Н. В.

Казанская государственная медицинская академия — филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Казань, Россия

Несмотря на улучшение в последние десятилетия пренатальной ультразвуковой диагностики и возможностей клинического обследования новорожденных, даже в странах с развитым здравоохранением до 28% новорожденных с критическими врожденными пороками сердца (ВПС) выписываются из роддома без диагноза. Раннее выявление персистирующей легочной гипертензией новорожденных (ПЛГН) зачастую сопряжено с определенными трудностями, что ведет к запоздалой диагностике этого синдрома и более позднему началу терапии.

Цель. Совершенствование методов диагностики раннего выявления новорожденных с гипоксемией, обусловленной критическими ВПС или персистирующей легочной гипертензией новорожденных, а также достижение снижения уровня младенческой смертности.

Материал и методы. В течение исследуемого периода — с апреля 2016г. по февраль 2017г. с помощью разработанного алгоритма выполнения скрининга критических состояний у новорожденных методом пульсоксиметрии было обследовано 8358 новорожденных на базе роддомов Республики Татарстан, что составило 88,4% от зарегистрированных 9459 родов. Использовалась модифицированная методика двухзонной пульсоксиметрии с последующим выполнением эхокардиографии новорожденным с положительным результатом скрининга.

Результаты. Внедрение пульсоксиметрического скрининга в раннем неонатальном периоде (3-й час жизни) позволило своевременно выявить 95 детей с положительным результатом теста, чьи состояния вызывали наибольшую опасность для здоровья новорожденных, что составило 1,14% от всех исследованных детей. Благодаря скринингу, у 13 новорожденных в первые

часы жизни были выявлены врожденные пороки сердца, не диагностированные внутритрубно, 5 из них оказались критическими. Персистирующая легочная гипертензия выявлена у 20 пациентов. У 30 новорожденных диагностирована внутритрубная пневмония. Среди критических ВПС были установлены такие диагнозы, как: транспозиция магистральных сосудов — 2 детей, коарктация аорты — 1 ребенок, тотальный аномальный дренаж легочных вен — 1 ребенок, аномалия Тауссиг-Бинга — 1 ребенок. Оценка эффективности проводимого скрининга показала, что положительный результат имел решающую роль в своевременной диагностике критических ВПС и персистирующей легочной гипертензии новорожденных.

Заключение. Пульсоксиметрия помогает выявить и системную гипоксемию, и постдуктальную десатурацию, характерную как для критических ВПС, так и для ПЛГН, и может быть использована для скрининга новорожденных на эти состояния. Пульсоксиметрия — легкодоступный, неинвазивный, безболезненный метод, который можно включить в регулярное обследование новорожденного. К преимуществам пульсоксиметрии также относится простота и короткое время процедуры.

152 ВЛИЯНИЕ НЕЙРОГОРМОНАЛЬНОГО СТАТУСА НА РАЗВИТИЕ ВЕГЕТО-СОСУДИСТЫХ НАРУШЕНИЙ У ЛИЦ С ЛОГОПЕДИЧЕСКИМИ ОТКЛОНЕНИЯМИ

Литвиненко А. А., Ойоткинова О. Ш., Шкловский Б. Л., Храмкова М. А.

Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова, Москва, Россия

Цель. Изучение влияния нейрогормональных нарушений на развитие вегето-сосудистой дистонии у лиц с логопедическими отклонениями.

Материал и методы. Проведено эпидемиологическое исследование и клиническое обследование лиц молодого возраста с нейрогормональными нарушениями и метаболическим синдромом, вегето-сосудистой дистонией, страдающих логопедическими дефектами. В соответствии с дизайном исследования включено 112 человек в возрасте от 15 до 28 лет. Изучены результаты катamnестического, клинического анамнеза у матерей. Проведено неврологическое, психологическое, нейрофункциональное (ЭЭГ) обследование пациентов, изучены метаболические, гемодинамические и микроциркуляторные показатели, оценен индекс массы тела.

Результаты. Проведенное обследование показало, что у 46% пациентов диагностирована нейроциркуляторная дисфункция гипоталамических структур, как следствие родовой травмы. В 63% случаях выявлено эмоциональное напряжение, в 36% астено-невротическое состояние, у 58% вегето-сосудистая дистония в 34% случаев диагностирована избыточная масса тела с инсулярной недостаточностью. Заслуживает серьезного внимания кардиологов, неврологов, психологов наличие в данных группах обследованных лиц признаки медико-социальной дезадаптации в виде нарушения общения, высокого процента неадаптивных реакций в виде фрустрации и заниженный процент реакций эго-защитного типа, что было особенно выражено у детей с низким социометрическим, социальным статусом, составляющих 53%. Нарушения самооценки отмечались у 98% и были представлены в основном её неустойчивостью. Важным клиническим симптомом является диагностированная у 27% обследованных в возрасте от 15 до 28 лет вегето-сосудистая дистония по гипертоническому типу на фоне метаболического синдрома. Основной причиной логопедических нарушений является дисфункция гипоталамо-гипофизарно-надпочечникового комплекса под влиянием пережитого стресса или на фоне родовой травмы. В результате комплексного клинико-диагностического, психологического обследования выяснено, что логопедические нарушения у лиц с церебральными нарушениями являются

качественно неоднородными и обусловлены специфическими двигательными расстройствами вследствие поражения различных структур головного мозга, обеспечивающих моторную реализацию речи. Выявлен достоверный рост доли незрелого типа ЭЭГ в соответствии со степенью тяжести отклонений в развитии высших психических функций и речи перинатального генеза. Сравнительный анализ выделенных типов ЭЭГ с разной степенью отставания в развитии высших психических функций и речи с метаболическими и микроциркуляторными показателями выявил высокую корреляционную зависимость. Учитывая особенности возрастной динамики незрелого типа ЭЭГ у обследованного контингента, наличие данного типа в раннем возрасте является маркером риска нарушений развития психических процессов, эмоционально волевой сферы, социальной адаптации, обусловленной логопедическим дефектом и как следствие, развитие вегето-сосудистых, метаболических нарушений.

Заключение. Взаимонарушения нейрофизиологии с метаболическими, гемодинамическими и микроциркуляторными отклонениями, нарушением речевого статуса, коммуникативного поведения и синдрома хронического стресса, у лиц с логопедическими нарушениями, могут являться причиной клинического развития вегето-сосудистых и психологических отклонений. Популяция лиц с логопедическими нарушениями, начиная с детского и подросткового возраста, требует наблюдения специалиста психолога, невролога и кардиолога с целью своевременной коррекции тех или иных клинических проявлений.

Работа выполнена при поддержке гранта РГНФ №16-06-00709.

153 ТАКТИКА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ДЕТЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С УЧЕТОМ ОЦЕНКИ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНОВ

Маскова Г. С., Черная Н. Л., Ганузин В. М., Царева И. Н.
ФГБОУ ВО, Ярославский государственный медицинский университет, Ярославль, Россия

Распространение ожирения в детской популяции является фактором высокого риска формирования артериальной гипертензии (АГ) и её осложнений. Задачами превентивной кардиологии является персонализированная оценка влияния генетических и внешнесредовых факторов развития АГ.

Цель. Оценить генетическую обусловленность стабильности артериальной гипертензии у детей с ожирением для определения тактики медико-социального сопровождения.

Материал и методы. Группу наблюдения составили 46 школьников (22 девочки и 24 мальчика) в возрасте 11-14 лет с ожирением 1-2 степени (СО ИМТ=2,0-3,0), у которых в динамике реабилитационного процесса (сочетание ЛФК и лечебного плавания) оценивали нутритивный статус, суточный профиль АД, индекс массы миокарда левого желудочка, функцию эндотелия плечевой артерии. По окончании 2-х месячного курса немедикаментозной реабилитации было проведено молекулярно-генетическое тестирование (МГТ) полиморфизма генов, ответственных за развитие артериальной гипертензии и её осложнений (9 аллелей генов) 19 пациентам, 9 из которых сохранили стабильную АГ, а у 10 детей АД нормализовалось или приобрело признаки лабильной АГ.

Результаты. В ходе динамического наблюдения у всех детей улучшился нутритивный статус и у 82% значительно оптимизировались показатели сердечно-сосудистой системы. Однако в 19,5% случаях (9 человек) у детей сохранилась стабильная систолическая АГ, которая проявлялась, как моносимптом (8,6%) или сочеталась с сохраняющейся диастолической АГ (2,3%), гипертрофия миокарда левого желудочка (ГМЛЖ) (4,3%), дисфункцией эндотелия (4,3%). По результатам МГТ самой частой гомозиготной мутацией у детей с обратимыми и необратимыми изменениями сосудистого тонуса

была гомозигота рецептора 2-го типа для ангиотензина II (AGTR2: 1675 G>A) (16,6% и 25,0%, соответственно), что характеризует распространенность данной мутации в детской популяции. У детей с сохраняющейся стабильной АГ достоверно чаще определили сочетание таких гомозигот по мутантному аллелю, как рецептор 2-го типа для ангиотензина II с ангиотензиногеном (AGT704), ($p=0,002$) и цитохромом P 450 альдостерон синтазы (CYP 11D2,-344), ($p=0,01$).

Заключение. Сочетание нескольких гомозигот по мутантному аллелю генов АГ повышает риск стабилизации повышенного сосудистого тонуса у детей и прогрессирования АГ, что требует проведения пролонгированного медико-социального сопровождения. Существенное место в формировании АГ отводится воздействию ряда профессионально-производственных факторов. Выбор правильной профессиональной ориентации является важным социальным аспектом профилактики прогрессирования АГ у детей, имеющих высокий генетический риск её формирования. При проведении врачебно-профессиональной консультации школьников следует прогнозировать индивидуальную устойчивость к воздействию производственных факторов.

154 ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИНДЕКСОВ АТЕРОГЕННОСТИ (КА) И ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ (IR-ХОМА) ДЛЯ ОЦЕНКИ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ РИСКОВ У ДЕТЕЙ 7-14 ЛЕТ С ОЖИРЕНИЕМ

Маскова Г. С., Черная Н. Л., Плишкань И. В.

Государственный медицинский университет, Ярославль, Россия

Возрастной аспект атерогенного поражения сосудов у детей с ожирением остается мало обсуждаемым в связи с недостаточным вниманием к концепции факторов сердечно-сосудистого риска в педиатрии. Однако, масштабное распространение ожирения у детей и появление сердечно-сосудистых заболеваний, ассоциированных с ним, требует проведения исследований о сроках старта и направленности метаболических нарушений среди мужской и женской когорты детского населения.

Цель. Оценить направленность метаболических рисков у детей с ожирением в возрастано-половом аспекте с целью выделения групп направленного риска.

Материал и методы. Проведено лабораторное обследование 114 детей с алиментарным ожирением 1-3 степени: 56 детей в возрасте 7-10 лет и 44 человека в 11-14 лет. Группы были сопоставимы по полу и степеням тяжести ожирения. В венозной крови определяли уровень глюкозы, инсулина, холестерина, ЛПВП с расчетом коэффициента атерогенности (КА) и индекса инсулинорезистентности (IR-ХОМА). Сравнение индексов проводили на основании расчета z-критерий для мальчиков и девочек в возрастном аспекте и в зависимости от степени тяжести ожирения, представляя его в виде медианы и интерквартильного размаха ($Me[25-75]$). Достоверность различий принимали при $p < 0,05$.

Результаты. Значения индексов атерогенности и инсулинорезистентности у детей с ожирением имели четкую гендерную направленность, зависели от возраста и степени тяжести болезни. В 7-10 лет z-критерий КА у мальчиков (-0,21 [-0,39;0,091]) и девочек (-0,28 [-0,57;0,1]) имел отрицательную направленность, указывая на отсутствие риска атерогенных поражений. Однако у мальчиков z-критерий КА возрастал при ожирении 3 степени относительно 1 степени ($p=0,04$). Z-критерий IR-ХОМА у мальчиков (-0,44 [-0,71;-0,05]) в этом возрасте был достоверно ниже, чем у девочек (0,08 [-0,44;1,39]), ($p=0,01$) и не зависел от степени тяжести болезни. Однако, у девочек в 7-10 лет IR-ХОМА возрастал при нарастании тяжести болезни, с различием z-критерий IR-ХОМА при ожирении 3 степени от 1 степени ($p=0,02$). В 11-14 лет у мальчиков в сравнении с мальчиками 7-10 лет z-критерий КА увеличивался, сохраняя отрицательную направленность (-0,06

[-0,54;0,54]), и резко возрастал z-критерий IR-ХОМА (2,79 [2,7;4,4]), ($p=0,001$). При нарастании тяжести болезни у мальчиков возрастал ИА с различиями z-критерий КА при ожирении 3 степени от z-критерий КА при 1-ой и 2-ей степенях ($p=0,01$ и $p=0,04$, соответственно). Z-критерий IR-ХОМА у мальчиков 11-14 лет нарастал при увеличении тяжести ожирения, но без достоверных различий. У девочек в 11-14 лет относительно девочек 7-10 лет отмечено возрастание IR-ХОМА 3,2 [2,7;4,4] ($p=0,0001$) при снижении z-критерий КА (-0,29 [-0,68;-0,025]). С нарастанием тяжести ожирения у девочек 11-14 лет z-критерий IR-ХОМА возрастал, не отличаясь от мальчиков того же возраста, а Z-критерий КА снижался и был достоверно ниже, чем у мальчиков при 2-ой и 3-ей степенях ожирения в этой возрастной группе ($p=0,009$ и $p=0,02$, соответственно).

Заключение. В 7-10 лет дети с ожирением имеют низкие риски развития инсулинорезистентности и атерогенного поражения сосудов относительно более старшей возрастной группы. Ожирение 3-ей степени в этом возрасте является фактором риска повышения КА у мальчиков и IR-ХОМА у девочек. В 11-14 лет КА сохраняют низкие значения в обеих гендерных группах, однако ожирение 2-ой и 3-ей степени повышает риска атерогенного поражения сосудов у мальчиков. Риск инсулинорезистентности у детей с ожирением в 11-14 лет относительно младших школьников резко возрастает вне зависимости от пола.

155 МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СТАТУС ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА

Павловская Е. В.¹, Строчкова Т. В.^{1,2}, Стародубова А. В.^{1,2}, Сурков А. Г.¹, Багаева М. Э.^{1,2}, Таран Н. Н.^{1,2}, Зубович А. И.¹

¹ФГБУН "ФИЦ питания и биотехнологии", Москва; ²ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н. И. Пирогова, Москва, Россия

Распространенность избыточной массы тела у детей и подростков в большинстве стран мира продолжает увеличиваться, однако дети с избытком веса не получают достаточного внимания со стороны медицинских работников. Такие дети и подростки считаются фактически здоровыми, наличие избыточной массы тела редко фиксируется в медицинской документации. Вместе с тем, образ жизни современных детей способствует прогрессированию избыточной массы тела с развитием ожирения. Избыток жировой массы у детей связан с развитием метаболического синдрома (МС) и высоким риском хронических неинфекционных заболеваний у взрослых: ИБС, сахарного диабета 2 типа, онкологической патологии.

Цель. Изучить частоту встречаемости компонентов МС у детей и подростков с избыточной массой тела.

Материал и методы. Обследовано 92 пациента с избыточной массой тела (Z-критерий ИМТ 1,00-1,99) в возрасте 14 [11; 15] лет, из них 70 девочек. Обследование включало клинико-антропометрические методы, оценку биохимических показателей липидного и углеводного обмена. Для диагностики МС использованы критерии Международной федерации диабета (IDF, 2007).

Результаты. Медиана индекса массы тела обследованных пациентов составила 25,8 [23,6; 27,2] kg/m^2 , Z-критерий ИМТ 1,81 [1,61; 1,91]. Окружность талии (ОТ) — 82 [78; 87] см, абдоминальное ожирение зарегистрировано у 25 (27,2%) детей. Артериальная гипертензия 1 степени выявлена у 6 детей (6,5%). Среди отклонений показателей липидного обмена наиболее часто выявлялось снижение уровня ХС ЛПВП (20,6%), гипертриглицеридемия обнаружена у 5 детей (5,4%). Повышение базальной гликемии $\geq 5,6$ ммоль/л имели 5,4% детей. В соответствии с действующими критериями МС диагностирован только у 1 ребенка, при этом хотя бы 1 из его критериев имелся у 41 (44,6%) обследованных. Частота неалкогольной жировой болезни печени (НАЖБП) в данной группе составила 17,4%. Повышение уровня мочевой кислоты выявлено у 19,6%. С учетом этих дополнительных критериев, ≥ 1 маркера метаболических нарушений имели 58 (63,0%) детей. Гиперинсулинемия выявлена у 35,9%, инсулинорезистентность — у 32,6% детей.

Заключение: Высокая частота метаболических нарушений у детей с избыточной массой тела свидетельствует о необходимости активного медицинского вмешательства у данной группы пациентов с целью профилактики ожирения и связанных с ним заболеваний в общей популяции. Единый патогенез МС, включающий гиперурикемию и НАЖБП, позволяет рассматривать их в качестве дополнительных критериев диагностики МС.

156 СКРИНИНГ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ОСЦИЛЛОМЕТРИЧЕСКОГО МЕТОДА ИЗМЕРЕНИЯ

Ушакова С. А., Петрушина А. Д., Кляшев С. М.
ФГБОУ ВО «ТюмГМУ Минздрава России», Тюмень, Россия

Цель. Изучить частоту диагностики повышенного артериального давления (АД) у подростков старшей возрастной группы по данным скрининга с использованием осциллометрического метода измерения и обосновать возможность его применения при проведении профилактических медицинских осмотров школьников.

Материал и методы. Проведено клиническое исследование репрезентативной выборки организованных школьников 15-17 лет, сформированной в соответствии с критериями включения и исключения. Обследовано 2352 подростка (1144 юношей и 1208 девушек). АД измеряли в первой половине дня после 5-минутного отдыха в положении сидя, на правой руке с обеспечением ее неподвижности. Для измерения АД использовали автоматический сфигмоманометр НЕМ-7001-Е, признанный эквивалентным НЕМ-759-Е. Последний прошел в 2010г процедуру валидации согласно международному протоколу European Society of Hypertension и критериев American Association for the Advancement of Medical Instrumentation, и рекомендован для измерения АД у подростков. Для анализа брали среднее арифметическое из трёх последовательных измерений систолического АД (САД) и диастолического АД (ДАД). Подросткам с САД и/или ДАД ≥ 90 -го перцентиля для соответствующего пола, возраста и роста пациента и/или $\geq 120/80$ мм рт.ст. провели повторные измерения АД ещё два раза с интервалом в 10-12 дней.

Результаты. При первичном трёхкратном измерении АД у подростков 15-17 лет «нормальное» АД с показателями САД и/или ДАД < 90 -го перцентиля для соответствующего пола, возраста и роста и/или $< 120/80$ мм рт.ст. выявлено у 635 юношей (55,5%) и 1034 девушек (85,6%). «Высокое нормальное АД» с показателями САД и/или ДАД ≥ 90 -го, но менее 95-го перцентиля для соответствующего пола, возраста и роста и/или $\geq 120/80$ мм рт.ст. установлено у 393 юношей (34,4%) и 111 девушек (9,2%). Показатели САД и/или ДАД ≥ 95 -го перцентиля для соответствующего пола, возраста и роста отмечены у 106 юношей (9,3%) и 29 девушек (2,4%). Артериальная гипотензия с показателями САД ≤ 90 мм рт.ст. и/или ДАД ≤ 50 и 55 мм рт.ст. (соответственно возрасту) выявлена у 10 юношей (0,9%) и 20 девушек (2,8%). С учетом динамического контроля с интервалами 10-12 дней, высокое нормальное АД зарегистрировано у 191 (16,7%) юноши и у 54 (4,5%) девушек (критерий $\chi^2=92,805$, $p<0,001$). Артериальная гипертензия констатирована у 53 (4,6%) юношей и 12 (1%) девушек (критерий $\chi^2=27,624$, $p<0,001$). У обследованных подростков преобладала изолированная систолическая АГ — 61,5% (40 человек). В остальных случаях повышение АД носило транзиторный характер и регистрировалось только при первом измерении.

Заключение. Использование осциллометрического метода измерения при скрининге АД у подростков 15-17 лет дает

сопоставимую с традиционным методом по Короткову частоту диагностики артериальной гипертензии (2,8%) при трехкратном динамическом контроле в указанной возрастной группе. Это позволяет рассматривать возможность применения осциллометрических устройств для измерения АД, прошедших процедуру валидации, при проведении профилактических медицинских осмотров школьников.

157 ЭТНИЧЕСКИЕ И ВОЗРАСТНО-ПОЛОВЫЕ ОСОБЕННОСТИ РЕЦИДИВИРУЮЩИХ БОЛЕВЫХ СИНДРОМОВ У ШКОЛЬНИКОВ СИБИРИ

Эврт Л. С., Зайцева О. И., Демко Е. А.
ФГБНУ «НИИ медицинских проблем Севера», КГБУЗ «Красноярский краевой центр медицинской профилактики», Красноярск, Россия

Цель. Выявить этнические и возрастно-половые особенности рецидивирующих болевых синдромов у школьников Сибири.

Материал и методы. Методом анкетирования обследовано 1551 школьник 12-17 лет, из них 321 детей хакасской и 1230 — русской национальности. Сравнительный анализ показателей проведен по возрасту (12-14 и 15-17 лет), полу и этнической принадлежности.

Результаты. В результате проведенного нами исследования установлено, что рецидивирующие головные боли в целом чаще регистрируются у русских школьников в сравнении с хакасскими. При этом для русских школьников характерна большая встречаемость эпизодической головной боли напряжения, тогда как редкие эпизоды цефалгии (как в течение календарного года, так и предшествующих 3-х месяцев) чаще имели хакасские подростки. Рецидивирующие головные боли чаще встречается у девочек, чем мальчиков (статистически значимо у русских школьников и тенденция — у хакасских школьников). Среди русских школьников младшей возрастной группы (12-14 лет) чаще регистрируются редкие эпизоды цефалгии, а для старшей возрастной группы в большей степени характерны частые эпизоды головной боли.

Рецидивирующие боли в животе в целом чаще отмечаются у русских школьников, чаще у девочек и чаще в младшей возрастной группе. Аналогичная направленность изменений анализируемого признака установлена и среди подростков хакасской национальности, однако выявленные различия не достигали уровня статистической значимости. Частыми эпизодами болей в спине в большем проценте случаев отличались русские школьники, данные частоты встречаемости редких эпизодов дорсалгии были сопоставимыми и не имели статистически значимой зависимости от этнической принадлежности. Дорсалгии в большей мере были характерны для девочек (как русских, так и хакасских), при этом следует отметить, что среди русских школьников дорсалгии чаще встречались в старшей возрастной группе, чем младшей. Наиболее частой локализацией болей в спине был шейный и поясничный отдел позвоночника. Боли в шее значительно чаще регистрировались у хакасских школьниц, чем русских.

Заключение. Выявленная нами тенденция роста частоты рецидивирующих болевых синдромов у современных школьников с возрастом, вероятно, связана со все возрастающей нагрузкой на организм подростков в условиях воздействия интенсивных информационных (в т.ч. компьютерных) нагрузок, все более возрастающего темпа жизни и роста предъявляемых школьникам требований современной образовательной среды. Адаптационные возможности организма школьников далеко не всегда одинаковы и в ответ на предъявляемые нагрузки могут возникать функциональные расстройства, в том числе — в виде формирования рецидивирующих болевых синдромов: головной, абдоминальной и спинальной боли.

Содержание

ОСОБЕННОСТИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ПСИХОСОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ИХ ВЗАИМОСВЯЗИ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА У МУЖЧИН 25-64 ЛЕТ СРЕДНЕУРБАНИЗИРОВАННОГО СИБИРСКОГО ГОРОДА <i>Акимова Е. В., Каюмова М. М., Гафаров В. В., Кузнецов В. А.</i>	3
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕВЕНТИВНЫХ МЕР ДЛЯ РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ — МНЕНИЕ МУЖЧИН 25-64 ЛЕТ С НАЛИЧИЕМ И ОТСУТСТВИЕМ ИБС <i>Акимова Е. В., Каюмова М. М.</i>	3
СТРЕСС В СЕМЬЕ И НА РАБОЧЕМ МЕСТЕ В ОТКРЫТОЙ ПОПУЛЯЦИИ У МУЖЧИН СРЕДНЕУРБАНИЗИРОВАННОГО ГОРОДА ЗАПАДНОЙ СИБИРИ <i>Акимов А. М., Акимова А. А.</i>	3
ОТНОШЕНИЕ К ПРОФИЛАКТИКЕ У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН ОТКРЫТОЙ ГОРОДСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СЕМЕЙНОГО СТАТУСА <i>Акимов А. М., Каюмова М. М.</i>	4
ЦЕНТРАЛЬНОЕ АОРТАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ КАК ПОКАЗАТЕЛЬ КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА У ЛИЦ С ПРЕДГИПЕРТОНИЕЙ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ <i>Антропова О. Н., Кондаков В. Д., Осипова И. В.</i>	4
ВНЕЗАПНАЯ СЕРДЕЧНАЯ СМЕРТЬ: ПОКАЗАТЕЛИ СМЕРТНОСТИ В РЕГИОНАХ РФ В 2015 ГОДУ <i>Баглай Ю. С., Старинская М. А., Самородская И. В.</i>	5
ОЦЕНКА ПРООКСИДАНТНОЙ И ПРОВосПАЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМ ОРГАНИЗМА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ ТРИГЛИЦЕРИДОВ КРОВИ <i>Барабаш Л. В., Кремено С. В., Смирнова И. Н., Тонкошкурова А. В.</i>	5
СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТАТУСА КУРЕНИЯ В ПОПУЛЯЦИИ ЖИТЕЛЕЙ ПРИМОРСКОГО КРАЯ (ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ИССЛЕДОВАНИЯ ЭССЕ-РФ) <i>Богданов Д. Ю., Невзорова В. А., Мокшина М. В., Кулакова Н. В.</i>	6
АКТУАЛЬНОСТЬ И ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ КАРДИОПРОТЕКТОРОВ, СТИМУЛИРУЮЩИХ НАКОПЛЕНИЕ γ -БУТЕРОБЕТАИНА В КАРДИОМИОЦИТАХ У ЛИЦ С ИЗМЕНЕНИЯМИ СЕРДЦА НА ФОНЕ ФИЗИЧЕСКОГО СТРЕССА <i>Бондарев С. А.</i>	6
РЕАЛИЗАЦИЯ ЕДИНОГО ЦИФРОВОГО ПРОСТРАНСТВА КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН <i>Вафин А. Ю., Осипов С. А., Тихомиров В. Б., Владимирский А. В.</i>	7
КУРЯЩИЕ МЕДИКИ-ПЕРВОКУРСНИКИ: ФИЗИОЛОГИЯ И ПСИХОЛОГИЯ <i>Венецова Ю. Л., Казидзева Е. Н., Мельников А. Х., Царев Н. Н., Думинский В. Ю.</i>	7
НЕКОТОРЫЕ ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ КАРДИОВАСКУЛЯРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ У КУРЯЩИХ ПОДРОСТКОВ 12-17 ЛЕТ <i>Гакова Е. И., Кузнецов В. А.</i>	7
ВАЗОМОТОРНАЯ ФУНКЦИЯ ЭНДОТЕЛИЯ У ЛИЦ С ФАКТОРАМИ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ <i>Гаранин А. А.</i>	8
ЖИЗНЕННОЕ ИСТОЩЕНИЕ И 16-ЛЕТНИЙ РИСК АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И ИНСУЛЬТА В ЖЕНСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ В РОССИИ/СИБИРИ: ПРОГРАММА ВОЗ MONICA-ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ <i>Гафаров В. В., Панов Д. О., Громова Е. А., Гагулин И. В., Гафарова А. В.</i>	8
ВРАЖДЕБНОСТЬ И РИСК РАЗВИТИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА У МУЖЧИН В РОССИИ/СИБИРИ (ПРОГРАММА ВОЗ “MONICA-ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ) <i>Гафаров В. В., Громова Е. А., Гагулин И. В., Гафарова А. В., Панов Д. О.</i>	9
СПОСОБСТВУЕТ ЛИ ОЦЕНКА РАБОТЫ ВРАЧЕЙ И ИХ ОБУЧЕНИЕ УЛУЧШЕНИЮ КАЧЕСТВА ЛЕЧЕНИЯ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ? <i>Герасимов С. Н., Посненкова О. М., Киселев А. Р., Коротин А. С., Попова Ю. В., Попов И. А., Радаева И. Ю., Перепелов М. А., Гріднев В. И.</i>	9
КАРДИОТРОПНЫЙ ЭФФЕКТ ДИНИТРОЗИЛЬНЫХ КОМПЛЕКСОВ ЖЕЛЕЗА (ДОНОРОВ NO) <i>Гизатуллин А. Р., Акентьева Н. П., Санина Н. А., Шматко Н. Ю., Приходченко Т. Р., Шкондина Н. И., Горячев Н. С., Алдошин С. М.</i>	10
ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ НАВЫКОВ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ СОВРЕМЕННОГО СТУДЕНТА <i>Джанибекова А. Р., Эжиева Б. Б., Горбунова С. И., Синюкова А. С., Джанибеков М. Р.</i>	10
ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА У СТУДЕНТОВ 17-18-ЛЕТНЕГО ВОЗРАСТА: ПИЛОТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ <i>Дюбкова Т. П., Лобанов С. А., Лукашенко В. В., Медведь Е. В., Усенья А. В., Кравченко П. В., Скачков О. А., Киркевич А. Д., Якубов А. А.</i>	10
ДИНАМИКА ФАКТОРОВ РИСКА С ПЕРВОГО ПО ШЕСТОЙ КУРС ОБУЧЕНИЯ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА <i>Евсеева М. Е., Итальянцева Е. В., Кошель В. И., Батулин В. А., Щетинин Е. В.</i>	11

СИНДРОМ ЕВА И ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ УЧАЩЕЙСЯ МОЛОДЁЖИ <i>Евсеева М.Е., Сергеева О.В., Фурсова Е.Н., Русиди А.В.</i>	11
ОЦЕНКА СЕРДЕЧНО-ЛОДЫЖЕЧНОГО ИНДЕКСА У МОЛОДЁЖИ В АСПЕКТЕ ПЕРСЕНТИЛЬНОГО И ПОШАГОВОГО АНАЛИЗА <i>Евсеева М.Е., Фурсова Е.Н., Ерёмин М.В., Хайт Г.Я., Гусев С.В.</i>	12
ПРИМЕНЕНИЕ КАРДИОРЕСПИРАТОРНОГО ТРЕНИНГА В СПОРТИВНОЙ МЕДИЦИНЕ <i>Ибрагимова Т.В.</i>	12
РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОВЕДЕННОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПО ИЗУЧЕНИЮ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ ГРАЖДАН, ПРОШЕДШИХ ОБСЛЕДОВАНИЕ В ЦЕНТРАХ ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ <i>Иванова Е.С., Шалагин Ю.Д., Петрунина Г.Ф., Афанасьева Е.А., Соболева Н.П.</i>	12
ПРОФИЛЬ ПОТРЕБЛЕНИЯ КАЛЬЦИЯ ПАЦИЕНТАМИ С АЛИМЕНТАРНО-ЗАВИСИМЫМИ ФАКТОРАМИ РИСКА <i>Измайлова О.В., Карамнова Н.С., Калинина А.М.</i>	13
ПРОФИЛЬ ПОТРЕБЛЕНИЯ МАГНИЯ ПАЦИЕНТАМИ С АЛИМЕНТАРНО-ЗАВИСИМЫМИ ФАКТОРАМИ РИСКА <i>Измайлова О.В., Карамнова Н.С., Калинина А.М.</i>	13
ПРОФИЛЬ ПОТРЕБЛЕНИЯ ФРУКТОВ У ПАЦИЕНТОВ С АЛИМЕНТАРНО-ЗАВИСИМЫМИ ФАКТОРАМИ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ <i>Карамнова Н.С., Измайлова О.В., Калинина А.М.</i>	14
ПРОФИЛЬ ПОТРЕБЛЕНИЯ КРАСНОГО МЯСА У ПАЦИЕНТОВ С АЛИМЕНТАРНО-ЗАВИСИМЫМИ ФАКТОРАМИ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ <i>Карамнова Н.С., Измайлова О.В., Калинина А.М.</i>	14
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ НЕКОТОРЫХ СОМАТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА И АССОЦИИ С УРОВНЯМИ ЛИЧНОСТНОЙ ТРЕВОЖНОСТИ У МУЖЧИН ОТКРЫТОЙ ПОПУЛЯЦИИ <i>Каюмова М.М., Гакова Е.И., Акимова Е.В.</i>	15
АССОЦИИ ОТНОШЕНИЯ К СВОЕМУ ЗДОРОВЬЮ И ПРОФИЛАКТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН ОТКРЫТОЙ ПОПУЛЯЦИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ ОБРАЗОВАНИЯ <i>Каюмова М.М., Гакова Е.И., Гафаров В.В., Кузнецов В.А.</i>	15
РЕЗУЛЬТАТЫ ГОДИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У СТУДЕНТОВ МОСКОВСКИХ ВУЗОВ <i>Кимициди М.Г., Зволинская Е.Ю., Серажим А.А.</i>	16
ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ И НЕКОТОРЫХ ФАКТОРОВ РИСКА СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В КРАСНОДАРСКОМ КРАЕ <i>Коваленко Ф.А., Скибицкий В.В.</i>	16
ОСОБЕННОСТИ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ И НЕКОТОРЫХ ФАКТОРОВ РИСКА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЫ <i>Коваленко Ф.А., Скибицкий В.В.</i>	16
АЛГОРИТМ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ И ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ БОЛЕЗНЕЙ У ДЕТЕЙ <i>Кожевникова О.В., Намазова-Баранова Л.С.</i>	17
ИЗБЫТОЧНАЯ МАССА ТЕЛА И ОЖИРЕНИЕ У СТУДЕНТОВ: ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА И РАЗВИТИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ <i>Колосов Ю.А., Анищенко А.П., Бурдюкова Е.В., Гуревич К.Г.</i>	17
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА В КРАСНОЯРСКОМ КРАЕ ПО МАТЕРИАЛАМ ИССЛЕДОВАНИЯ ЭССЕ-РФ И ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ <i>Кутумова О.Ю., Евсюков А.А.</i>	18
СОСТОЯНИЕ ИНДИВИДУАЛЬНОГО УРОВНЯ ЗДОРОВЬЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ И ЕГО ОЦЕНКА КАК НОВОЕ НАПРАВЛЕНИЕ В ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЕ <i>Лебедева О.Д., Бокова И.А., Яковлев М.Ю., Ташполотов А.Э., Лебедев Г.А., Усмонзода Д.У.</i>	18
АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЯ И ВРЕДНЫЕ ФАКТОРЫ ТРУДА У РАБОТНИКОВ ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНОГО ТРАНСПОРТА <i>Леушина Е.А., Сатюкова О.А.</i>	18
ВЛИЯНИЕ НЕЙРОГОРМОНАЛЬНЫХ, МЕТАБОЛИЧЕСКИХ, МИКРОЦИРКУЛЯТОРНЫХ НАРУШЕНИЙ В РАЗВИТИИ НЕЙРОФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ И ЛОГОПЕДИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА <i>Литвиненко А.А., Ойноткинова О.Ш., Шкловский Б.Л., Хромкова М.А.</i>	19
ОЦЕНКА ПРИВЕРЖЕННОСТИ К РЕКОМЕНДАЦИЯМ И МЕРОПРИЯТИЯМ КОРРЕКЦИИ ФАКТОРОВ РИСКА У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА ПРИ ДИСТАНЦИОННО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОМ НАБЛЮДЕНИИ <i>Лямина Н.П., Котелникова Е.В., Наливаева А.В., Сенчихин В.Н., Липчанская Т.П.</i>	19
ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ СРЕДИ ПОСЕТИТЕЛЕЙ ЦЕНТРА ЗДОРОВЬЯ <i>Найденова Н.Е.</i>	20

II. ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА

СОСУДИСТАЯ ЖЕСТКОСТЬ, ЛИПИДНЫЙ ПРОФИЛЬ И СУТОЧНЫЕ КОЛЕБАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ЛИЦ ОПАСНЫХ ПРОФЕССИЙ С ФАКТОРАМИ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ <i>Ойноткинова О. Ш., Шкловский Б. Л., Лексина Н. Ю., Лобанова Т. Н., Сливинский Д. В., Хромкова М. А., Никулин А. И., Ойноткинова А. А., Цукаева М. Р.</i>	20
ОЦЕНКА РИСКА РАЗВИТИЯ И ПРИНЦИПЫ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ У БОЛЬНЫХ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ: ПРОСПЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ <i>Олесин А. И., Литвиненко В. А., Шлапакова А. В., Константинова И. В., Литвинов А. С.</i>	21
ОПРЕДЕЛЕНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТА ПЕРЕД СТОМАТОЛОГИЧЕСКИМ ЛЕЧЕНИЕМ КАК ПРОФИЛАКТИКА НЕОТЛОЖНЫХ СОСТОЯНИЙ <i>Орехова И. В., Анисимова Е. Н., Давыдова С. С., Рязанцев Н. А., Сохов С. Т.</i>	21
АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ <i>Петричко Т. А.</i>	21
УРОВЕНЬ ЗНАНИЙ ВРАЧЕЙ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПО ВОПРОСАМ ПРОФИЛАКТИКИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ <i>Петричко Т. А.</i>	22
ВЛИЯНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ ВРАЧЕЙ НА НАЗНАЧЕНИЕ КАРДИОПРОТЕКТИВНОЙ ТЕРАПИИ <i>Погосова Н. В., Исакова С. С., Соколова О. Ю., Юферева Ю. М., Аушева А. К., Карнова А. В.</i>	22
РАЗРАБОТКА АЛГОРИТМА ДИАГНОСТИКИ ДОКЛИНИЧЕСКОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА У ПАЦИЕНТОВ ВЫСОКОГО И ОЧЕНЬ ВЫСОКОГО КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА <i>Погосова Н. В., Колтунов И. Е., Качанова Н. П., Юферева Ю. М., Выгодин В. А.</i>	23
МЕДИЦИНСКАЯ ИНФОРМИРОВАННОСТЬ О КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ ФАКТОРАХ РИСКА ПАЦИЕНТОВ С ВЫСОКИМ И ОЧЕНЬ ВЫСОКИМ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМ РИСКОМ <i>Погосова Н. В., Юсубова А. И., Юферева Ю. М., Салбиева А. О., Аушева А. К., Карнова А. В.</i>	23
ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СФИГМОМЕТРА В СКРИНИНГОВЫХ ОБСЛЕДОВАНИЯХ НАСЕЛЕНИЯ ЯМАЛО-НЕНЕЦКОГО АВТОНОМНОГО ОКРУГА <i>Свайкина Е. В., Токарев С. А., Романова Ю. В., Половодова Н. С.</i>	23
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВЛИЯНИЯ МЕТФОРМИНА И МОКСОНИДИНА В СОСТАВЕ КОМБИНИРОВАННОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ НА РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПАЦИЕНТОВ ПРЕДИАБЕТОМ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ <i>Скибицкий В. В., Гутова С. Р., Фендрикова А. В.</i>	24
БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА И ХОБЛ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ – РИСК НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ИСХОДОВ <i>Смирнова М. И., Курехян А. С., Горбунов В. М., Кошелевская Я. Н.</i>	24
АНАЛИЗ И ОЦЕНКА ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ, НАПРАВЛЕННЫХ НА СНИЖЕНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ЛИПЕЦКОЙ ОБЛАСТИ <i>Сыродоев А. М., Агафонова Л. В., Тихонова А. Н.</i>	25
ВЫЯВЛЯЕМОСТЬ ГИПЕРИНСУЛИНИЕМИИ В ПОПУЛЯЦИОННЫХ И КЛИНИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЯХ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ОСНОВНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА <i>Телкова И. Л.</i>	25
РИСКОМЕТРИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У РАБОТНИКОВ ПРЕДПРИЯТИЯ АТОМНОЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ <i>Тонкошкурова А. В.</i>	26
ФИБРИЛЛЯЦИЯ ПРЕДСЕРДИЙ: РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И КРОСС-СЕКЦИОННЫЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ В ПОПУЛЯЦИОННОЙ ВЫБОРКЕ НОВОСИБИРСКА (9255 УЧАСТНИКОВ) <i>Шапкина М. Ю., Маздорова Е. В., Рябиков А. Н., Титоренко А. В., Малютина С. К.</i>	26
ФАКТОР ХАГЕМАНА В ПРОГНОЗИРОВАНИИ РИСКА ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ <i>Агибова Н. Е., Боева О. И., Байкулова М. Х., Беловолова Т. И., Власянц Е. А., Дерева М. В., Игнатенко И. В., Кривенко Н. Н., Мызникова Т. А.</i>	26
ОСОБЕННОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ВРАЧЕЙ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ <i>Алехина О. Д., Бурлачук В. Т.</i>	27
РЕЗУЛЬТАТЫ ПЯТИЛЕТНЕГО ПРОСПЕКТИВНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ, ПЕРЕЖИВШИХ КЛИНИЧЕСКУЮ СМЕРТЬ <i>Артимова И. А., Козлова С. Н., Халмурадова Б. Б., Яковлев А. Н.</i>	27
ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ <i>Атаходжаева Г. А., Рахимов Ш. М.</i>	28
ХАРАКТЕРИСТИКА ВАРИАБЕЛЬНОСТИ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА <i>Атаходжаева Г. А., Фазилбекова З. Н., Каюмов Н. У.</i>	28

ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ С НАЛИЧИЕМ ИЛИ ОТСУТСТВИЕМ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА <i>Атаходжаева Г. А.</i>	29
УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ФЕНОМЕН СПОНТАННОГО ЭХОКОНТРАСТИРОВАНИЯ ВО ВНУТРЕННИХ ЯРЕМНЫХ ВЕНАХ КАК ВЕРОЯТНЫЙ ПРЕДИКТОР ТРОМБООБРАЗОВАНИЯ И РИСКА РАЗВИТИЯ ИНСУЛЬТА <i>Балясина Н. С., Лунина М. Д., Никифоров В. С., Онищенко Е. Ф.</i>	29
ОСОБЕННОСТИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИХ ЖЕСТКОСТЬ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ, У ПАЦИЕНТОВ С НЕКОНТРОЛИРУЕМОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СОЛЕЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ <i>Васильев В. Ю., Скибицкий В. В., Фендрикова А. В.</i>	30
ЭФФЕКТИВНОСТЬ МОКСОНИДИНА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА И ОЖИРЕНИЕМ <i>Ватинян С. Х., Никогосян К. Г.</i>	30
ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ АТЕРОСКЛЕРОЗА У БОЛЬНЫХ С ПОКАЗАНИЯМИ К КОРОНАРНОМУ ШУНТИРОВАНИЮ, РАНЕЕ ПЕРЕНЕСШИХ ЧРЕСКОЖНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА <i>Власова Э. Е., Ильина Л. Н., Емельянов А. В., Курбанов С. К., Ширяев А. А.</i>	30
РИСК РАЗВИТИЯ УГРОЖАЮЩИХ НАРУШЕНИЙ РИТМА СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ С МИКСОМАТОЗНОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА <i>Гаджиева Л. Р., Мурачева Н. В., Ткаченко С. Б.</i>	31
ДЕФОРМАЦИОННЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПАЦИЕНТОВ STEMI С РАЗЛИЧНЫМИ ИСХОДАМИ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ <i>Галимская В. А., Романовская Е. М., Саламова Л. И., Олейников В. Э.</i>	31
СРАВНИТЕЛЬНАЯ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЧЕТЫРЕХКОМПОНЕНТНОЙ ТЕРАПИИ, ВКЛЮЧАЮЩЕЙ ПРЯМОЙ ИНГИБИТОР РЕНИНА, У СОЛЕЧУВСТВИТЕЛЬНЫХ И СОЛЕРЕЗИСТЕНТНЫХ ПАЦИЕНТОВ С РЕФРАКТЕРНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ <i>Гаркуша Е. С., Скибицкий В. В., Фендрикова А. В.</i>	32
СПОСОБСТВУЕТ ЛИ ОЦЕНКА РАБОТЫ ВРАЧЕЙ И ИХ ОБУЧЕНИЕ УЛУЧШЕНИЮ КАЧЕСТВА ЛЕЧЕНИЯ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ? <i>Герасимов С. Н., Посненкова О. М., Киселев А. Р., Коротин А. С., Попова Ю. В., Попов И. А., Радаева И. Ю., Перепелов М. А., Гриднев В. И.</i>	32
ТРЕХЛЕТНЯЯ ДИНАМИКА РЕЗУЛЬТАТОВ НАГРУЗОЧНОГО ЭКГ-ТЕСТА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У МУЖЧИН С РАЗЛИЧНЫМ УРОВНЕМ БИЛИРУБИНА КРОВИ <i>Горбунова О. Е., Дьякова О. Н., Шварц Р. Н., Чернышева Е. Н., Панова Т. Н.</i>	32
ТРЕХЛЕТНЯЯ ДИНАМИКА ПАРАМЕТРОВ ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У МУЖЧИН С РАЗЛИЧНЫМ УРОВНЕМ БИЛИРУБИНА КРОВИ <i>Горбунова О. Е., Дьякова О. Н., Шварц Р. Н., Чернышева Е. Н., Панова Т. Н.</i>	33
ВЛИЯНИЕ ВАРИАбельНОСТИ ГЛИКЕМИИ НА ВАРИАбельНОСТЬ РИТМА СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА <i>Грицевская Д. Ю., Мякина Н. Е.</i>	33
НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫЕ ЯВЛЕНИЯ ФАРМАКОТЕРАПИИ И ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К НЕЙ ПО ДАННЫМ АМБУЛАТОРНОГО РЕГИСТРА ПРОФИЛЬ <i>Дмитриева Н. А., Лукина Ю. В., Марцевич С. Ю.</i>	34
ГЕНДЕРНО-ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ИБС У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ КОРОНАРНОЕ СТЕНТИРОВАНИЕ <i>Жданова Е. А., Эфрос Л. А.</i>	34
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ ПРИ ЕЕ КОМОРБИДНОСТИ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ <i>Зарипова Т. Н., Антипова И. И.</i>	35
ПАРТНЕРСТВО В ОБУЧЕНИИ — ТЕРРИТОРИЯ ЗАБЛУЖДЕНИЙ <i>Иванова Н. А., Шумова А. Л., Журавлева Т. П.</i>	35
ОСОБЕННОСТИ ЛИПИДНОГО СПЕКТРА РАБОТНИКОВ ЛОКОМОТИВНЫХ БРИГАД С РАЗНЫМ СУТОЧНЫМ ПРОФИЛЕМ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ <i>Казидаява Е. Н., Веневцева Ю. Л., Мельников А. Х., Сергунина И. Н.</i>	35
СПОСОБ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ И НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА <i>Камилова У. К., Расулова З. Д.</i>	36
АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫХ БОЛЕЗНЕЙ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ В 2014-2016 ГОДАХ <i>Кароль Е. В., Ломоносова О. В., Хандрикова Я. Н., Кантемирова Р. К.</i>	36
АНАЛИЗ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА ВСЛЕДСТВИЕ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫХ БОЛЕЗНЕЙ <i>Кароль Е. В., Кантемирова Р. К., Иванов О. В., Хандрикова Я. Н.</i>	37

II. ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА

ТРЕВОЖНЫЕ И ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ЛИЦ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ <i>Касумов В. В., Осипова И. В., Погосова Н. В.</i>	37
ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЕЙ И ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНЬЮ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ <i>Ким И. В., Бочкарева Е. В., Варакин Ю. Я.</i>	38
ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У СОЛЕЧУВСТВИТЕЛЬНЫХ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА НА ФОНЕ ХРОНОФАРМАКОТЕРАПИИ <i>Киселёв А. А., Скибицкий В. В., Фендрикова А. В., Пугач Л. В.</i>	38
АНАЛИЗ ВЗАИМОСВЯЗИ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ МИОКАРДА И УЧАЩЕНИЯ ПРИСТУПОВ СТЕНОКАРДИИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С СОПУТСТВУЮЩЕЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ <i>Ковальчук А. Н., Дедов Д. В., Эльгардт И. А., Мазаев В. П., Рязанова С. В., Маслов А. Н.</i>	38
ВЛИЯНИЕ ПОЛНОЙ И НЕПОЛНОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА НА ЧАСТОТУ ПОВТОРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У ПАЦИЕНТОВ С КОРОНАРНОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА <i>Комков А. А., Мазаев В. П., Рязанова С. В., Самочатов Д. Н.</i>	39
ОЦЕНКА СИМПТОМНОСТИ ПАРОКСИЗМОВ У ПАЦИЕНТОВ С ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ ПОСЛЕ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛЯЦИИ ЛЕГОЧНЫХ ВЕН <i>Корнелюк О. М.</i>	39
НЕРЕШЕННЫЕ ВОПРОСЫ ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ДЕКОМПЕНСАЦИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ <i>Костенко В. А., Скородумова Е. А., Скородумова Е. Г.</i>	40
ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ РЕАБИЛИТАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ ПО ДАНЫМ ТОТАЛЬНОГО РЕГИСТРА ОКС ПО КРАСНОДАРСКОМУ КРАЮ <i>Кручинова С. В., Космачева Е. Д., Рафф С. А., Порханов В. А.</i>	40
ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА, И ЕЕ ВЛИЯНИЕ НА ТЕЧЕНИЕ ПОСТИНФАРКТНОГО ПЕРИОДА <i>Кужелева Е. А., Гарганеева А. А., Кузьмичкина М. А.</i>	40
АНТИКОАГУЛЯНТНАЯ ТЕРАПИЯ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ПНЕВМОНИЕЙ <i>Легкова А. А., Белякова И. В.</i>	41
ПРИВЕРЖЕННОСТЬ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА К ВРАЧЕБНЫМ РЕКОМЕНДАЦИЯМ ПО ДАНЫМ РЕГИСТРОВ ЛИС-1 И ПРОФИЛЬ <i>Лукина Ю. В., Дмитриева Н. А., Воронина В. П., Загребельный А. В., Лерман О. В., Толтыгина С. Н., Фокина А. В., Гинзбург М. Л., Кутишенко Н. П., Марцевич С. Ю.</i>	41
ОСОБЕННОСТИ ТЕРАПИИ ОКС/ОИМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛА И ВОЗРАСТА ПО ДАНЫМ РЕГИСТРА В ОДНОМ ИЗ РАЙОНОВ Г. ТАШКЕНТА <i>Мамутов Р. Ш., Уринов О. У.</i>	42
НОЗОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА И ТРАНСФОРМАЦИЯ ДИАГНОЗА У МУЖЧИН С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ И/ИЛИ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА (ФРАГМЕНТ ИССЛЕДОВАНИЯ “РОКСИМ-УЗ”) <i>Нагаева Г. А., Мамутов Р. Ш., Алиева З. Х.</i>	42
НЕКОТОРЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ РЕГИСТРА ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА И/ИЛИ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА (РЕГИСТР “РОКСИМ-УЗ”) <i>Нагаева Г. А., Мамутов Р. Ш., Аминов А. А., Мун О. Р.</i>	43
ОСОБЕННОСТИ ПАТОГЕНЕЗА, НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ДЕГЕНЕРАТИВНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ <i>Никитина В. В.</i>	43
СУБФРАКЦИОННЫЙ ПРОФИЛЬ АПО В-СОДЕРЖАЩИХ ЛИПОПРОТЕИНОВ У БОЛЬНЫХ С КОРОНАРНЫМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТЕРАПИИ СТАТИНАМИ <i>Озерова И. Н., Метельская В. А., Гаврилова Н. Е.</i>	43
ГЕМОРЕОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ОПАСНЫХ ПРОФЕССИЙ, ПЕРЕНЕСШИХ АОРТО-КОРОНАРНОЕ ШУНТИРОВАНИЕ <i>Ойноткинова О. Ш., Шкловский Б. Л., Никулин А. И., Хромкова М. А., Лексина Н. Ю.</i>	44
ОЦЕНКА ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У ЛИЦ ОПАСНЫХ ПРОФЕССИЙ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА <i>Ойноткинова О. Ш., Шкловский Б. Л., Никулин А. И., Лобанова Н. Н., Хромкова М. А., Лексина Н. Ю.</i>	44
ВЛИЯНИЕ ЛОКАЛИЗАЦИИ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST НА ПАРАМЕТРЫ ТЕЛЕМОНИТОРИРОВАНИЯ ЭКГ <i>Олейников В. Э., Душина Е. В., Шиготарова Е. А., Гуськова Ю. А.</i>	44
ХРОНОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВЛИЯНИЯ КОМБИНИРОВАННОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ НА ПОКАЗАТЕЛИ СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ ТРАНЗИТОРНУЮ ИШЕМИЧЕСКУЮ АТАКУ <i>Опольская С. В., Скибицкий В. В., Фендрикова А. В.</i>	45

ГЕНЕТИЧЕСКИЕ АССОЦИАЦИИ ПОЛИМОРФНЫХ МАРКЕРОВ ПРИ ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Павлова О. С., Огурцова С. Э., Ливенцева М. М., Коробко И. Ю., Затолока Н. В., Шруб Ю. В., Малюгин В. И., Мрочек А. Г. 45

ТРЕВОЖНЫЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ С МИКРОСОСУДИСТОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ И ИХ ВЗАИМОСВЯЗЬ С МИКРОВАСКУЛЯРНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

Петрова В. Б., Болдуева С. А. 46

РОЛЬ ФАКТОРОВ РИСКА И СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИИ НА ТЕЧЕНИЕ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА

Печёнкина М. В., Эфрос Л. А. 46

ДИНАМИКА БИОЛОГИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ МИОКАРДИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ И ФИБРОЗА У ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST И СОХРАННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Печерина Т. Б., Герман А. И., Груздева О. В., Кауталан В. В., Барбараиш О. Л. 47

СВЯЗЬ МАРКЕРОВ МИОКАРДИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ И ФИБРОЗА С ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST И СОХРАННОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Печерина Т. Б., Герман А. И., Чернобай А. Г., Груздева О. В., Каретникова В. Н. Кауталан В. В., Барбараиш О. Л. 47

МЕДИЦИНСКАЯ ИНФОРМИРОВАННОСТЬ О ФАКТОРАХ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАЦИЕНТОВ РАЗЛИЧНОГО ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ, НАХОДЯЩИХСЯ НА СТАЦИОНАРНОМ ЛЕЧЕНИИ

Погосова Н. В., Лысенко М. А., Самсонова И. В., Карпова А. В., Юферева Ю. М., Исакова С. С., Выгодин В. А., Василевский А. С. 48

МОТИВАЦИЯ К ПОВЫШЕНИЮ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМИРОВАННОСТИ ПАЦИЕНТОВ РАЗЛИЧНОГО ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ, НАХОДЯЩИХСЯ НА СТАЦИОНАРНОМ ЛЕЧЕНИИ

Погосова Н. В., Лысенко М. А., Самсонова И. В., Карпова А. В., Юферева Ю. М., Исакова С. С., Выгодин В. А., Василевский А. С. 48

ОСВЕДОМЛЕННОСТЬ О ЦЕЛЕВЫХ УРОВНЯХ КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА У ПАЦИЕНТОВ РАЗЛИЧНОГО ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ, НАХОДЯЩИХСЯ НА СТАЦИОНАРНОМ ЛЕЧЕНИИ

Погосова Н. В., Лысенко М. А., Самсонова И. В., Карпова А. В., Юферева Ю. М., Исакова С. С., Выгодин В. А., Василевский А. С. 49

ОЦЕНКА МОТИВАЦИИ И МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМИРОВАННОСТИ О ФАКТОРАХ РИСКА У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И АБДОМИНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ, НАХОДИВШИХСЯ НА СТАЦИОНАРНОМ ЛЕЧЕНИИ

Погосова Н. В., Салбиева А. О., Юсубова А. И., Соколова О. Ю., Аушева А. К. 49

ВОСПРИЯТИЕ БОЛЕЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ФОРМОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ПОСЛЕ КАТЕТЕРНОЙ АБЛАЦИИ

Погосова Н. В., Давтян К. В., Телегина А. И., Юферева Ю. М. 49

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ФОРМОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ПОСЛЕ КАТЕТЕРНОЙ АБЛАЦИИ

Погосова Н. В., Давтян К. В., Телегина А. И., Юферева Ю. М. 50

ВЛИЯНИЕ ДЕПРЕССИИ НА РИСК СМЕРТИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, ПЕРЕНЕСШИХ ОПЕРАЦИЮ ПО ИМПЛАНТАЦИИ КАРДИОСТИМУЛЯТОРА

Пушкарев Г. С., Солдатова А. М., Енина Т. Н., Фишер Я. А., Сапожникова А. Д., Кузнецов В. А. 50

АНАЛИЗ НАРУШЕНИЙ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, ОСЛОЖНЕННОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Расулова З. Д., Камилова У. К. 51

ГИПЕРФОСФАТЕМИЯ КАК ПРЕДИКТОР НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ПРОГНОЗА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Резник Е. В., Гендлин Г. Е., Никитин И. Г. 51

ОСОБЕННОСТИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЖЕСТКОСТИ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ И ЦЕНТРАЛЬНОГО АОРТАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У МУЖЧИН РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Савенков А. А., Еременко А. В., Фендрикова А. В. 52

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ СТЕМИ НА ФОНЕ ДЛИТЕЛЬНОЙ СТАТИНОТЕРАПИИ

Саямова Л. И., Хромова А. А., Голубева А. В., Олейников В. Э. 52

ИССЛЕДОВАНИЕ СПОСОБОВ СОВЛАДАНИЯ СО СТРЕССОВЫМИ И ПРОБЛЕМНЫМИ ДЛЯ ЛИЧНОСТИ СИТУАЦИЯМИ В РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ ПАЦИЕНТОВ С ФАКТОРАМИ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Сивакова О. В. 52

АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИЙ РЕГИСТР ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА “ПРОФИЛЬ-ИМ”: ХАРАКТЕРИСТИКА ВКЛЮЧЕННЫХ ПАЦИЕНТОВ И КАЧЕСТВО ТЕРАПИИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Сичинава Д. П., Калайджян Е. П., Марцевич С. Ю., Кутишенко Н. П. 53

ВЛИЯНИЕ ХРОНОФАРМАКОТЕРАПИИ НА ПОКАЗАТЕЛИ ЦЕНТРАЛЬНОГО АОРТАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И ЖЕСТКОСТИ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ У СОЛЕРЕЗИСТЕНТНЫХ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Скибицкий В. В., Киселёв А. А., Фендрикова А. В., Веселенко М. И. 53

III. РЕАБИЛИТАЦИЯ

ОЦЕНКА МАРКЕРОВ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА У БОЛЬНЫХ С НЕКОНТРОЛИРУЕМОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ СОПУТСТВУЮЩИХ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ <i>Скибицкий А. В., Фендрикова А. В., Скибицкий В. В.</i>	54
ОСОБЕННОСТИ КОМОРБИДНОСТИ И ПРОГНОЗ 10-ЛЕТНЕЙ ВЫЖИВАЕМОСТИ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ <i>Стародубова Ю. Н., Осипова И. В., Сопотова И. В.</i>	54
ВЛИЯНИЕ КОМОРБИДНОСТИ НА ОТДАЛЕННЫЙ ПРОГНОЗ ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ В РЕГИСТРЕ “ПРОГНОЗ ИБС” <i>Толыгина С. Н.</i>	54
НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ, ПСИХИЧЕСКОГО СТАТУСА, ЛИПИДНОГО ОБМЕНА ПРИ ОРТОРЕКСИИ У ЛИЦ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С СОЧЕТАННОЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ <i>Третьяков С. В.</i>	55
ПРАЙМИРУЮЩАЯ СПОСОБНОСТЬ ПОЛИМОРФНО-ЯДЕРНЫХ ЛЕЙКОЦИТОВ КРОВИ ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ <i>STAPHYLOCOCCUS AUREUS</i> И <i>STREPTOCOCCUS PYOGENES</i> У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ <i>Усанова Е. А., Чаусова С. В., Арутюнова Е. Э., Гуревич К. Г.</i>	55
ПАРАМЕТРЫ ТРЕДМИЛОМЕТРИИ, ТЕСТА С 6-МИНУТНОЙ ХОДЬБОЙ И ПРОБЫ СЕРДЕЧНО-ДЫХАТЕЛЬНОГО СИНХРОНИЗМА У ПАЦИЕНТОВ С ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ БИСОПРОЛОЛОМ И КВИНАПРИЛОМ <i>Хилькевич П. В., Трегубов В. Г., Шубитидзе И. З., Калашиник О. А.</i>	56
ПАРАМЕТРЫ ТРЕДМИЛОМЕТРИИ, ТЕСТА С 6-МИНУТНОЙ ХОДЬБОЙ И ПРОБЫ СЕРДЕЧНО-ДЫХАТЕЛЬНОГО СИНХРОНИЗМА У ПАЦИЕНТОВ С ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ НЕБИВОЛОЛОМ И КВИНАПРИЛОМ <i>Хилькевич П. В., Трегубов В. Г., Шубитидзе И. З., Калашиник О. А.</i>	56
ПАРАМЕТРЫ ТРЕДМИЛОМЕТРИИ, ТЕСТА С 6-МИНУТНОЙ ХОДЬБОЙ И ПРОБЫ СЕРДЕЧНО-ДЫХАТЕЛЬНОГО СИНХРОНИЗМА У ПАЦИЕНТОВ С ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ КАРВЕДИЛОЛОМ И КВИНАПРИЛОМ <i>Хилькевич П. В., Трегубов В. Г., Шубитидзе И. З., Калашиник О. А.</i>	56
ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРОЙ ТРОМБОЭМБОЛИЕЙ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ <i>Хромова О. М., Орлова Н. А., Новикова О. Н.</i>	57
АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ <i>Чепурненко С. А., Ляшенко С. А., Шавкута Г. В., Буянова И. Ю.</i>	57
ПРОФИЛАКТИКА ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОПАТИЕЙ <i>Чепурненко С. А., Артюхова Н. В., Медведева Ю. А.</i>	58
ВЛИЯНИЕ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ НА ФУНКЦИЮ ПОЧЕК У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ <i>Черных А. А., Кравченко А. Я., Будневский А. В.</i>	58
СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ У ДОЛГОЖИТЕЛЕЙ ПРИ МНОГОЛЕТНЕМ ДИСПАНСЕРНОМ НАБЛЮДЕНИИ В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ <i>Чорбинская С. А., Сизов В. В., Дорофеева Е. В., Маховская Т. Г., Алексеева Л. А.</i>	58
ДИНАМИКА ИНТЕРЛЕЙКИНА 33 И СТИМУЛИРУЮЩЕГО ФАКТОРА РОСТА ST2 У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА <i>Чукаева И. И., Ахматова Ф. Д., Хорева М. В., Аронов Л. С.</i>	59
ХРОНИЧЕСКАЯ ПОСТТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКАЯ ЛЕГОЧНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ — ПСИХОФИЗИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТОВ <i>Шеменкова В. С., Шостак Н. А., Клименко А. А.</i>	59
НОВЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ АРИТМИЧЕСКОГО РИСКА ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТИ ПРИ СИНДРОМЕ НОЧНОЙ ГИПЕРСИМПАТИКОТОНИИ <i>Шерашов В. С., Шерашова М. В., Шерашова Н. В.</i>	60
ПОКАЗАТЕЛИ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У ПАЦИЕНТОВ В РАННЕМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ КАК ПРЕДИКТОРЫ НАРУШЕНИЯ ВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ ФУНКЦИИ ПОЧЕК И РАЗВИТИЯ ПЛЕВРАЛЬНОГО ВЫПОТА <i>Шербак С. Г., Сарана А. М., Лебедева С. В., Уразов С. П., Вересова Н. С.</i>	60
АССОЦИАЦИИ МИТРАЛЬНОЙ РЕГУРГИТАЦИИ У ЖЕНЩИН С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА БЕЗ ИНФАРКТА МИОКАРДА <i>Ярославская Е. И., Кузнецов В. А., Криночкин Д. В., Пушкарев Г. С., Горбатенко Е. А., Калинин А. П.</i>	61
ВОЗМОЖНОСТЬ НЕИШЕМИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА МИТРАЛЬНОЙ РЕГУРГИТАЦИИ У МУЖЧИН С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА БЕЗ ИНФАРКТА МИОКАРДА <i>Ярославская Е. И., Кузнецов В. А., Криночкин Д. В., Пушкарев Г. С., Горбатенко Е. А., Калинин А. П.</i>	61

ВЛИЯНИЕ ТРИМЕТАЗИДИНА НА ФИЗИЧЕСКУЮ И УМСТВЕННУЮ РАБОТОСПОСОБНОСТЬ ПАЦИЕНТОВ, ПРОХОДЯЩИХ II ЭТАП КАРДИОРЕАБИЛИТАЦИИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ <i>Александров П. В., Перепеч Н. Б.</i>	61
ВЛИЯНИЕ КУРСА ИНТЕРВАЛЬНЫХ ГИПОКСИЧЕСКИХ-ГИПЕРОКСИЧЕСКИХ ТРЕНИРОВОК НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА <i>Глазачев О. С., Сыркин А. Л., Копылов Ф. Ю., Дудник Е. Н., Загайная Е. Э.</i>	62
ВЛИЯНИЕ КОМПЛЕКСА ФИЗИЧЕСКИХ ТРЕНИРОВОК НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И ТОЛЕРАНТНОСТЬ К ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ <i>Камилова У. К., Расулова З. Д., Тагаева Д. Р., Машаринова Д. Р., Джураева В. Х.</i>	62
ПРИМЕНЕНИЕ НАГРУЗОЧНЫХ ФИЗИЧЕСКИХ ТРЕНИРОВОК У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ <i>Камилова У. К., Тагаева Д. Р., Расулова З. Д.</i>	63
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ ПОСЛЕДСТВИЙ У БОЛЬНЫХ РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ <i>Кантемирова Р. К., Ишутина И. С., Фидарова З. Д., Кароль Е. В.</i>	63
ИНТЕРВАЛЬНЫЕ ФИЗИЧЕСКИЕ ТРЕНИРОВКИ В ВОДЕ У БОЛЬНЫХ ИБС С СОПУТСТВУЮЩЕЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ <i>Князева Т. А., Отто М. П., Никифорова Т. И., Апханова Т. В., Стяжкина Е. М.</i>	63
ВЛИЯНИЕ РЕАБИЛИТАЦИИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ ПО ДАННЫМ ТОТАЛЬНОГО РЕГИСТРА ОКС ПО КРАСНОДАРСКОМУ КРАЮ <i>Кручинова С. В., Космачева Е. Д., Рафф С. А., Порханов В. А.</i>	64
ПОЗДНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА И ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КАРДИОРЕАБИЛИТАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП <i>Недбайкин А. М., Женчевская Ю. В., Курилкина Е. И., Демикова О. П., Нидбайкин В. А.</i>	64
ПОКАЗАТЕЛИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ КАРДИОРЕСПИРАТОРНОЙ СИСТЕМЫ У ЛИЦ РАЗНОГО ВОЗРАСТА, ВЫЯВЛЯЕМЫЕ В СТЕП-ТЕСТОВОМ КОМПЛЕКСЕ “СПУТНИК ЗДОРОВЬЯ” <i>Орлов В. А., Стрижакова О. В., Фетисов О. Б., Новикова И. Н.</i>	65
ПРИМЕНЕНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ПИТАНИЯ В КОМПЛЕКСЕ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА НА САНАТОРНО-КУРОРТНОМ ЭТАПЕ ЛЕЧЕНИЯ <i>Плакида А. Л., Бондарев И. И., Кухар Н. Н.</i>	65
ВЛИЯНИЕ ЧИСЛЕННОСТИ КУРЯЩИХ РОДСТВЕННИКОВ НА ВОВЛЕЧЕНИЕ В КУРЕНИЕ ПОДРОСТКОВ 12-17 ЛЕТ <i>Гакова Е. И., Акимова Е. В., Гакова А. А., Кузнецов В. А.</i>	66
ПУЛЬСОКСИМЕТРИЧЕСКИЙ СКРИНИНГ ДЛЯ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ КРИТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ У НОВОРОЖДЕННЫХ <i>Садькова Д. И., Сабирова Д. Р., Бабинцева А. А., Кустова Н. В.</i>	66
ВЛИЯНИЕ НЕЙРОГОРМОНАЛЬНОГО СТАТУСА НА РАЗВИТИЕ ВЕГЕТО-СОСУДИСТЫХ НАРУШЕНИЙ У ЛИЦ С ЛОГОПЕДИЧЕСКИМИ ОТКЛОНЕНИЯМИ <i>Литвиненко А. А., Ойноткинова О. Ш., Шкловский Б. Л., Хромкова М. А.</i>	67
ТАКТИКА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ДЕТЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С УЧЕТОМ ОЦЕНКИ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНОВ <i>Маскова Г. С., Черная Н. Л., Ганузин В. М., Царева И. Н.</i>	67
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИНДЕКСОВ АТЕРОГЕННОСТИ (КА) И ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ (IR-ХОМА) ДЛЯ ОЦЕНКИ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ РИСКОВ У ДЕТЕЙ 7-14 ЛЕТ С ОЖИРЕНИЕМ <i>Маскова Г. С., Черная Н. Л., Плишкань И. В.</i>	68
МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СТАТУС ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА <i>Павловская Е. В., Строкова Т. В., Стародубова А. В., Сурков А. Г., Багаева М. Э., Таран Н. Н., Зубович А. И.</i>	68
СКРИНИНГ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ОСЦИЛЛОМЕТРИЧЕСКОГО МЕТОДА ИЗМЕРЕНИЯ <i>Ушакова С. А., Петрушина А. Д., Кляшев С. М.</i>	69
ЭТНИЧЕСКИЕ И ВОЗРАСТНО-ПОЛОВЫЕ ОСОБЕННОСТИ РЕЦИДИВИРУЮЩИХ БОЛЕВЫХ СИНДРОМОВ У ШКОЛЬНИКОВ СИБИРИ <i>Эверт Л. С., Зайцева О. И., Демко Е. А.</i>	69

Алфавитный указатель авторов

А

Агафонова Л. В.	25
Агибова Н. Е.	26
Акентьева Н. П.	10
Акимов А. М.	3, 4
Акимова А. А.	3
Акимова Е. В.	3, 15, 66
Алдошин С. М.	10
Александров П. В.	61
Алексеева Л. А.	58
Алехина О. Д.	27
Алиева З. Х.	42
Аминов А. А.	43
Анисимова Е. Н.	21
Анищенко А. П.	17
Антипова И. И.	35
Антропова О. Н.	4
Апханова Т. В.	63
Аронов Л. С.	59
Артемова И. А.	27
Артюхова Н. В.	58
Артунова Е. Э.	55
Атаходжаева Г. А.	28, 29
Аушева А. К.	22, 23, 49
Афанасьева Е. А.	12
Ахматова Ф. Д.	59

Б

Бабинцева А. А.	66
Багаева М. Э.	68
Баглай Ю. С.	5
Байкулова М. Х.	26
Балясина Н. С.	29
Барабаш Л. В.	5
Барбараш О. Л.	47
Батурин В. А.	11
Беловолова Т. И.	26
Белякова И. В.	41
Богданов Д. Ю.	6
Боева О. И.	26
Бокова И. А.	18
Болдуева С. А.	46
Бондарев И. И.	65
Бондарев С. А.	6
Бочкарева Е. В.	38
Будневский А. В.	58
Бурдюкова Е. В.	17
Бурлачук В. Т.	27
Буянова И. Ю.	57

В

Варакин Ю. Я.	38
Василевский А. С.	48, 49
Васильев В. Ю.	30
Ватинян С. Х.	30
Вафин А. Ю.	7
Венецова Ю. Л.	7, 35
Вересова Н. С.	60
Веселенко М. И.	53
Владимирский А. В.	7
Власова Э. Е.	30
Власьянц Е. А.	26
Воронина В. П.	41
Выгодин В. А.	23, 48, 49

Г

Гаврилова Н. Е.	43
Гагулин И. В.	8, 9
Гаджиева Л. Р.	31
Гакова А. А.	66
Гакова Е. И.	7, 15, 66

Галимская В. А.	31
Ганузин В. М.	67
Гаранин А. А.	8
Гарганеева А. А.	40
Гаркуша Е. С.	32
Гафаров В. В.	3, 8, 9, 15
Гафарова А. В.	8, 9
Гендлин Г. Е.	51
Герасимов С. Н.	9, 31
Герман А. И.	47
Гизатуллин А. Р.	10
Гинзбург М. Л.	41
Глазачев О. С.	62
Голубева А. В.	52
Горбатенко Е. А.	61
Горбунов В. М.	24
Горбунова О. Е.	32, 33
Горбунова С. И.	10
Горячев Н. С.	10
Гриднев В. И.	9, 32
Грицевская Д. Ю.	33
Громова Е. А.	8, 9
Груздева О. В.	47
Гуревич К. Г.	17, 55
Гусев С. В.	12
Гуськова Ю. А.	44
Гутова С. Р.	24

Д

Давтян К. В.	49, 50
Давыдова С. С.	21
Дедов Д. В.	38
Демихова О. П.	64
Демко Е. А.	69
Дерева М. В.	26
Джанибеков М. Р.	10
Джанибекова А. Р.	10
Джураева В. Х.	62
Дмитриева Н. А.	34, 41
Дорофеева Е. В.	58
Дудник Е. Н.	62
Думинский В. Ю.	7
Душина Е. В.	44
Дьякова О. Н.	32, 33
Дюбкова Т. П.	10

Е

Евсеева М. Е.	11, 12
Евсюков А. А.	18
Емельянов А. В.	30
Енина Т. Н.	50
Еременко А. В.	52
Ерёмин М. В.	12

Ж

Жданова Е. А.	34
Женчевская Ю. В.	64
Журавлева Т. П.	35

З

Загайна Е. Э.	62
Загребельный А. В.	41
Зайцева О. И.	69
Зарипова Т. Н.	35
Затолока Н. В.	45
Зволинская Е. Ю.	16
Зубович А. И.	68

И

Ибрагимов Т. В.	12
Иванов О. В.	37

Иванова Е. С.	12	Лебедева С. В.	60
Иванова Н. А.	35	Легкова А. А.	41
Игнатенко И. В.	26	Лексина Н. Ю.	20, 44
Измайлова О. В.	13, 14	Лерман О. В.	41
Ильина Л. Н.	30	Леушина Е. А.	18
Исакова С. С.	22, 48, 49	Ливенцева М. М.	45
Итальянцева Е. В.	11	Липчанская Т. П.	19
Ишутина И. С.	63	Литвиненко А. А.	19, 67
К			
Казидзева Е. Н.	7, 35	Литвиненко В. А.	21
Калайджян Е. П.	53	Литвинов А. С.	21
Калашиник О. А.	56	Лобанов С. А.	10
Калинина А. М.	13, 14	Лобанова Т. Н.	20
Калиниченко А. П.	61	Лобанова Н. Н.	44
Камилова У. К.	36, 51, 62, 63	Ломоносова О. В.	36
Кантемирова Р. К.	36, 37, 63	Лукашенко В. В.	10
Карамнова Н. С.	13, 14	Лукина Ю. В.	34, 41
Каретникова В. Н.	47	Лунина М. Д.	29
Кароль Е. В.	36, 37, 63	Лысенко М. А.	48, 49
Карпова А. В.	22, 23, 48, 49	Лямина Н. П.	19
Касумов В. В.	37	Ляшенко С. А.	57
Качанова Н. П.	23	М	
Кашталап В. В.	47	Мазаев В. П.	38, 39
Каюмов Н. У.	28	Маздорова Е. В.	26
Каюмова М. М.	3, 4, 15	Малюгин В. И.	45
Ким И. В.	38	Малютина С. К.	26
Кимициди М. Г.	16	Мамутов Р. Ш.	42, 43
Киркевич А. Д.	10	Марцевич С. Ю.	34, 41, 53
Киселёв А. А.	38, 53	Маскова Г. С.	67, 68
Киселев А. Р.	9, 32	Маслов А. Н.	38
Клименко А. А.	59	Маховская Т. Г.	58
Кляшев С. М.	69	Машарипова Д. Р.	62
Князева Т. А.	63	Медведева Ю. А.	58
Коваленко Ф. А.	16	Медведь Е. В.	10
Ковальчук А. Н.	38	Мельников А. Х.	7, 35
Кожевникова О. В.	17	Метельская В. А.	43
Козлова С. Н.	27	Мокшина М. В.	6
Колосов Ю. А.	17	Мрочек А. Г.	45
Колтунов И. Е.	23	Мун О. Р.	43
Комков А. А.	39	Мурачева Н. В.	31
Кондаков В. Д.	4	Мызникова Т. А.	26
Константинова И. В.	21	Мякина Н. Е.	33
Копылов Ф. Ю.	62	Н	
Корнелюк О. М.	39	Нагаева Г. А.	42, 43
Коробко И. Ю.	45	Найденова Н. Е.	20
Коротин А. С.	9, 32	Наливаева А. В.	19
Космачева Е. Д.	40, 64	Намазова-Баранова Л. С.	17
Костенко В. А.	40	Невзорова В. А.	6
Котельникова Е. В.	19	Недбайкин А. М.	64
Кошель В. И.	11	Недбайкин В. А.	64
Кошеляевская Я. Н.	24	Никитин И. Г.	51
Кравченко А. Я.	58	Никитина В. В.	43
Кравченко П. В.	10	Никифоров В. С.	29
Кремено С. В.	5	Никифорова Т. И.	63
Кривенко Н. Н.	26	Никогосян К. Г.	30
Криночкин Д. В.	61	Никулин А. И.	20, 44
Кручинова С. В.	40, 64	Новикова И. Н.	65
Кужелева Е. А.	40	Новикова О. Н.	57
Кузнецов В. А.	3, 7, 15, 50, 61, 66	О	
Кузьмичкина М. А.	40	Огурицова С. Э.	45
Кулакова Н. В.	6	Озерова И. Н.	43
Курбанов С. К.	30	Ойроткинова О. Ш.	19, 20, 44, 67
Курехян А. С.	24	Ойроткинова А. А.	20
Курилкина Е. И.	64	Олейников В. Э.	31, 44, 52
Кустова Н. В.	66	Олесин А. И.	21
Кутушиченко Н. П.	41, 53	Онищенко Е. Ф.	29
Кутумова О. Ю.	18	Опольская С. В.	45
Кухар Н. Н.	65	Орехова И. В.	21
Л			
Лебедев Г. А.	18	Орлов В. А.	65
Лебедева О. Д.	18	Орлова Н. А.	57
		Осипов С. А.	7

Осипова И. В.	4, 37, 54	Солдатова А. М.	50
Отто М. П.	63	Сопотова И. В.	54
П			
Павлова О. С.	45	Сохов С. Т.	21
Павловская Е. В.	68	Старинская М. А.	5
Панов Д. О.	8, 9	Стародубова А. В.	68
Панова Т. Н.	32, 33	Стародубова Ю. Н.	54
Перепелов М. А.	9, 32	Стрижаскова О. В.	65
Перепеч Н. Б.	61	Строкова Т. В.	68
Петричко Т. А.	21, 22	Стяжкина Е. М.	63
Петрова В. Б.	46	Сурков А. Г.	68
Петрунина Г. Ф.	12	Сыркин А. Л.	62
Петрушина А. Д.	69	Сыродоев А. М.	25
Печёнкина М. В.	46	Т	
Печерина Т. Б.	47	Тагаева Д. Р.	62, 63
Плакида А. Л.	65	Таран Н. Н.	68
Плишкань И. В.	68	Ташиполотов А. Э.	18
Погосова Н. В.	22, 23, 37, 48, 49, 50	Телегина А. И.	49, 50
Половодова Н. С.	23	Телкова И. Л.	25
Попов И. А.	9, 32	Титоренко А. В.	26
Попова Ю. В.	9, 32	Тихомиров В. Б.	7
Порханов В. А.	40, 64	Тихонова А. Н.	25
Посенкова О. М.	9, 32	Ткаченко С. Б.	31
Приходченко Т. Р.	10	Токарев С. А.	23
Пугач Л. В.	38	Толыгина С. Н.	41, 54
Пушкарев Г. С.	50, 61	Тонкошкурова А. В.	5, 26
Р			
Радаева И. Ю.	9, 32	Трегубов В. Г.	56
Расулова З. Д.	36, 51, 62, 63	Третьяков С. В.	55
Рафф С. А.	40, 64	У	
Рахимов Ш. М.	28	Уразов С. П.	60
Резник Е. В.	51	Уринов О. У.	42
Романова Ю. В.	23	Усанова Е. А.	55
Романовская Е. М.	31	Усеня А. В.	10
Русиди А. В.	11	Усмонзода Д. У.	18
Рябиков А. Н.	26	Ушакова С. А.	69
Рязанова С. В.	38, 39	Ф	
Рязанцев Н. А.	21	Фазилбекова З. Н.	28
С			
Сабирова Д. Р.	66	Фендрикова А. В.	24, 30, 32, 38, 45, 52, 53, 54
Савенков А. А.	52	Фетисов О. Б.	65
Садыкова Д. И.	66	Фидарова З. Д.	63
Салбиева А. О.	23, 49	Фишер Я. А.	50
Салямова Л. И.	31, 52	Фокина А. В.	41
Самородская И. В.	5	Фурсова Е. Н.	11, 12
Самочатов Д. Н.	39	Х	
Самсонова И. В.	48, 49	Хайт Г. Я.	12
Санина Н. А.	10	Халмурадова Б. Б.	27
Сапожникова А. Д.	50	Хандрикова Я. Н.	36, 37
Сарана А. М.	60	Хилькевич П. В.	56
Сатюкова О. А.	18	Хорева М. В.	59
Свайкина Е. В.	23	Хромкова М. А.	19, 20, 44, 67
Сенчихин В. Н.	19	Хромова А. А.	52
Серажим А. А.	16	Хромова О. М.	57
Сергеева О. В.	11	Ц	
Сергунина И. Н.	35	Царев Н. Н.	7
Сивакова О. В.	52	Царева И. Н.	67
Сизов В. В.	58	Цукаева М. Р.	20
Синюкова А. С.	10	Ч	
Сичинава Д. П.	53	Чаусова С. В.	55
Скачков О. А.	10	Чепурненко С. А.	57, 58
Скибицкий А. В.	54	Черная Н. Л.	67, 68
Скибицкий В. В.	16, 24, 30, 32, 38, 45, 53, 54	Чернобай А. Г.	47
Скородумова Е. А.	40	Черных А. А.	58
Скородумова Е. Г.	40	Чернышева Е. Н.	32, 33
Сливинский Д. В.	20	Чорбинская С. А.	58
Смирнова И. Н.	5	Чукаева И. И.	59
Смирнова М. И.	24	Ш	
Соболева Н. П.	12	Шавкута Г. В.	57
Соколова О. Ю.	22, 49		

Шалягин Ю. Д.	12	Щетинин Е. В.	11
Шапкина М. Ю.	26	Э	
Шварц Р. Н.	32, 33	Эверт Л. С.	69
Шеменкова В. С.	59	Эжиева Б. Б.	10
Шерашов В. С.	60	Эльгардт И. А.	38
Шерашова М. В.	60	Эфрос Л. А.	34, 46
Шерашова Н. В.	60	Ю	
Шиготарова Е. А.	44	Юсубова А. И.	23, 49
Ширяев А. А.	30	Юферева Ю. М.	22, 23, 48, 49, 50
Шкловский Б. Л.	19, 20, 44, 67	Я	
Шкондина Н. И.	10	Яковлев А. Н.	27
Шлапакова А. В.	21	Яковлев М. Ю.	18
Шматко Н. Ю.	10	Якубов А. А.	10
Шостак Н. А.	59	Ярославская Е. И.	61
Шруб Ю. В.	45		
Шубитидзе И. З.	56		
Шумова А. Л.	35		
Ш			
Шербак С. Г.	60		

НАШИ ПАРТНЕРЫ

Генеральные партнеры



Главные партнеры



Партнеры



Информационные партнеры



Первый медицинский канал®
www.1med.tv



Медицинская онлайн-платформа
ROSMED.INFO
www.rosmed.info



Портал российского врача Medvestnik.ru
www.medvestnik.ru



Агентство Медицинской Информации
«МЕДФОРУМ»
www.webmed.ru



Образовательный портал
«Врачи Вместе»
www.vrachivmeste.ru



KST Интерфорум
mail@interforum.pro



Всероссийское общественное движение
добровольцев в сфере здравоохранения
«Волонтеры-медики»
www.волонтеры-медики.рф



Ассоциация Междисциплинарной
Медицины
www.intermeda.ru

Журналы

Кардиоваскулярная терапия и профилактика www.roscardio.ru

Профилактическая медицина www.mediasphera.ru

Кардиология www.cardio-journal.ru

Российский кардиологический журнал www.scardio.ru



Рациональная Фармакотерапия
в Кардиологии
www.rpcardio.ru



Поликлиника
www.poliklin.ru



РМЖ (Русский медицинский журнал)
www.rmj.ru



Доктор.Ру
www.rusmg.ru

